ACTES
DU 1er COLLOQUE FRANÇAIS
SUR LE DENI DE GROSSESSE

Éditions Universitaires du Sud
B.P. 24011 31 028 Toulouse Cedex 4 (FRANCE)

ISBN : 978 – 2 – 7227 – 0128 – 1

Collection

Emergences.

Nouvelles donnes en santé publique

Adresse de rédaction
AFRDG
28 rue Bertrand de Born
31000 Toulouse

apanep@free.fr

Tel : 05 61 32 17 20

Maquette de couverture : Christophe Chalmette
Communication : Nathalie Gomez

Collection Émergences.

ACTES
DU 1ER COLLOQUE FRANÇAIS SUR LE DENI DE GROSSESSE

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Toulouse 23 et 24 octobre 2008

Sous la direction de
Félix Navarro

Propos introductifs de
Mme Roselyne Bachelot-Narquin
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative



Propos introductifs

Message de Madame la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative aux organisateurs, intervenants et participants du 1er Colloque français sur le déni de grossesse

Mesdames, messieurs,

Je remercie le Docteur Félix Navarro d'avoir organisé ce colloque, le premier en France sur ce thème.

Les actualités récentes nous montrent que ce problème, défini et connu de longue date par les professionnels de la naissance (gynécologues, sages-femmes) et par les psychiatres, mérite sans doute d'être mieux exploré car les explications habituelles au déni de grossesse - poids des antécédents familiaux, personnels, psychopathologiques - paraissent insuffisantes. Toutes les femmes et tous les milieux sociaux pourraient être concernées.

En premier lieu, il conviendrait d'avoir une meilleure approche quantitative du phénomène car, en France, nous n'avons que des estimations ponctuelles. Au-delà des chiffres qui sont importants pour appréhender l'ampleur du problème, il faudra s'interroger sur les processus physiologiques, psychologiques en œuvre dans la maternité, tout en tenant compte de notre environnement socioculturel.

Les nombreux échanges interdisciplinaires programmés pourront, j'en suis sûre, ouvrir la voie à une meilleure connaissance du phénomène et à un meilleur repérage clinique afin d'une part d'ajuster les prises en charge de ces femmes en détresse et d'autre part de favoriser la reconnaissance de leurs enfants.

Je vous souhaite à toutes et tous un bon travail et ne manquerai pas de m'informer des conclusions de vos travaux.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

SOMMAIRE

COMMUNICATIONS EN ATELIERS

Ouverture officielle

Gilles FOURTANIER
Professeur de Médecine,
Président de l'Université Paul Sabatier (Toulouse III).

Le déni de grossesse constitue une question émergente de santé publique. Bien qu'il commence à être assez largement documenté sur le plan obstétrical et psychiatrique, bien que, en particulier, les travaux du Professeur Christoph Brezinka et du Docteur Jens Wessel – (corroborés depuis par l'ensemble des travaux épidémiologiques publiés dans le monde) - aient établi son incidence à environ 1 cas sur 450 grossesses (ce qui situe le déni de grossesse bien au-dessus des principales pathologies obstétricales graves. Cf. éclampsie : 1/2500 grossesses), le déni de grossesse continue à être méconnu de nombreux professionnels (quand il n'est pas totalement inconnu) et aussi ignoré des politiques de santé publique.

Ce sont finalement des cas statistiquement marginaux mais dramatiques sur le plan humain (ceux qui se sont soldés par le décès du nouveau-né) qui ont attiré l'attention de l'opinion publique sur ce sujet. Et, s'il y a, bien entendu, des chercheurs et des praticiens qui travaillent de longue date sur le sujet –l'équipe du Dr Michel Libert, celle du Professeur Nisand - équipes qui ont déjà produit un corpus de connaissances solides, c'est l'action de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), action multiple, à la fois auprès des femmes concernées, en direction des pouvoirs publics, mais aussi auprès des médias, qui a commencé à donner à cette importante question sa visibilité sociale et à la faire émerger comme ce qu'elle est : une réelle question de santé publique. Il était donc légitime, nécessaire, et même pressant de réunir un colloque interdisciplinaire sur ce sujet.

C'est pourquoi ce 1er Colloque français sur le déni de grossesse a été organisé, sous le haut patronage de Madame la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

L'Université Paul Sabatier a été heureuse de répondre positivement à la demande présentée par le parrain du colloque, Bruno Marchou, professeur de médecine de notre Université – retenu à l'étranger par les obligations de sa charge – et de son organisateur,

le Docteur Félix Navarro, président de l'AFRDG et ancien directeur du Service de médecine préventive commun aux quatre universités toulousaines (SIMPPS, Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé).

Notre Université est honorée d'accueillir l'ensemble des intervenants et participants, et, tout particulièrement, en cette période ou la France assure la Présidence de l'Union européenne, les personnalités venues des autres pays européens :

- Le Docteur Christoph Brezinka, professeur de gynécologie-obstétrique à l'Université d'Innsbruck (Autriche) et le Privat-Dozent Jens Wessel de Berlin (Allemagne), dont les travaux de recherche font autorité.

- Monsieur Vincent Magos, Directeur général adjoint du Ministère de la Communauté française (Belgique) et le Professeur Jaime Sieres, spécialiste de prévention et d'éducation à la santé, de l'Université de Valencia (Espagne) pour leur contribution essentielle dans le domaine de la santé publique.

Ce premier colloque – qui est une première en France mais probablement aussi en Europe - constituera donc un temps fort en ce qui concerne le bilan des connaissances acquises mais aussi une base de départ pour celles qui restent à acquérir.

Les perspectives sont en effet multiples. Elles concernent à la fois la recherche médicale et la santé publique, et cela dans les domaines les plus variés (épidémiologie, obstétrique, néonatologie, psychiatrie…) car de nombreuses questions demeurent autour du déni de grossesse (Ex : mécanismes physiopathologiques en cause dans les dénis, devenir à long terme des enfants nés d'un déni, …), et tous ces aspects méritent d'être mieux documentées qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Mais au-delà de ces champs, le déni interroge également les sciences sociales, le droit, et bien sûr l'éthique. Je n'oublie pas non plus combien sont importants les aspects pratiques puisqu'il s'agira de mettre en place les conditions, au quotidien, d'une prise en charge de cette situation pathologique très spécifique dès lors qu'elle est diagnostiquée.

C'est de tous ces thèmes que vous allez débattre pendant deux journées, avec un programme particulièrement dense.

Je vous souhaite des travaux riches et fructueux.

COMMUNICATIONS EN SEANCES PLENIERES

PREMIERE TABLE RONDE

DENI DE GROSSESSE

DONNEES ACTUELLES

Propos introductifs

Noé GUETARI
Médecin psychiatre

Mesdames, Messieurs
Chers confrères

J'ai l'honneur et le plaisir d'ouvrir le 1er colloque français sur le déni de grossesse organisé a l'initiative du Docteur Félix Navarro et de son équipe.

Le déni de grossesse concerne environ 2% des femmes enceintes.

Ce colloque se propose de faire un état des lieux des connaissances cliniques, psychopathologiques, sociales, éthiques, juridiques et thérapeutiques.

Nous allons essayer pendant ces deux journées de réflexion d'approcher la signification et le sens du déni de grossesse.

Le déni de grossesse interpelle ne laisse personne indifférent et soulève bien des questions et interrogations :

1. - La femme est elle victime du déni de grossesse ou responsable ?

2. - Comment une femme ne peut elle pas s'apercevoir de la grossesse en cours ? La moitié des femmes qui font un déni de grossesse ont déjà eu des enfants !!!!!

3. - Le déni est il une pathologie mentale ou une souffrance psychique et un mécanisme de défense qui annule la réalité de la grossesse ?

4. - Quel est le rôle du père ? Victime lui aussi ou complice ?

5. - Quel est l'impact du déni de grossesse dans le lien mère enfant ?

6. - Quelle sanction pénale ? Est-ce un infanticide ? Un accident ? la mère est elle malade victime ou meurtrière coupable et responsable de ses actes ?

7. - Quelle réponse thérapeutique peut on apporter et quels sont les moyens de prévention ?

Nous espérons avec l'équipe du Docteur Félix Navarro apporter quelques réponses a ces questions et éviter les cas dramatiques de déni de grossesse qui aboutit a la mort du nouveau-né.

A propos des données épidémiologiques

Christoph BREZINKA
Professeur à la maternité universitaire
Directeur de l’Ecole de sages-femmes
Innsbruck – Autriche-

Merci beaucoup de cette introduction. Je félicite tout d’abord le Docteur Navarro d'avoir organisé ce qui n'est pas seulement le premier colloque dédié à ce thème en France, mais ce qui est, je crois une première mondiale. En effet, cela fait plus de 20 ans que je travaille sur la thématique du déni de grossesse et, quand j’interviens sur ce sujet, je me trouve le plus habituellement « coincé », comme il y a un mois lors du Congrès de la Société allemande de gynécologie-obstétrique à Hambourg, entre une présentation sur l'infundibulation en Somalie et un modèle animal (en l’occurrence, la vache) relatif au cancer du sein… en quelque sorte, je me trouve généralement relégué dans le dernier recoin du palais du Congrès, dans le rôle de l’excentrique.

Ce colloque à Toulouse, cette série de conférences centrées sur la question du déni de grossesse, c’est effectivement une première, et ce colloque permet ainsi à ce sujet d'atteindre le statut qu'il mérite depuis longtemps.

Les organisateurs ont également demandé à mon ami, le Docteur Privat-Dozent Jens Wessel, que je connais depuis une vingtaine d’années et avec lequel je collabore, une intervention. Nous avons décidé qu’il présenterait plutôt les données chiffrées, et que moi-même, je situerai ces données épidémiologiques dans une perspective plus générale.

1 – Population concernée - quelques vignettes cliniques

La première question qui se pose est celle de la population à prendre en compte dans notre tentative d'établir une épidémiologie du déni de grossesse. Je dis tentative, car, vu la nature du problème, notre effort a de fortes chances de rester longtemps une tentative,

tant le sujet est délicat à cerner dans sa globalité. A qui faut-il s'intéresser ? Est-ce aux femmes qui, à l'improviste, accouchent d'un enfant sain et à terme ? A celles qui découvrent leur grossesse lors d'un accouchement prématuré ou à l'occasion d'une mort fœtale in utero ? Ou encore, aux femmes qui se retrouvent devant un tribunal, pour néonaticide, alors qu'elles déclarent ne pas avoir su qu'elles étaient enceintes ?

Pour illustrer la complexité de la question, je vous propose de survoler quelques vignettes cliniques concernant des cas survenus à Innsbruck au cours de l'an dernier, vignettes auxquelles j'ajouterais deux autres cas qui ont connu un grand retentissement.

Jennifer, 18 ans

Cette jeune femme d'apparence très sportive, se présente à l'hôpital croyant souffrir d'une crise d'appendicite. Elle y accouche d'un garçon de 3 000 grammes en position de siège. Ce qui est fascinant dans son histoire, c'est qu'elle rentre de vacances : deux semaines avant l'accouchement, elle était sur une plage nudiste en Croatie. On ne peut pas imaginer une plus grande exposition corporelle. Or, personne sur la plage ni dans son entourage n'avait remarqué son état de grossesse.

Helga, 44 ans

Le cas d'Helga est tout récent. Il vient de se produire voici à peine quelques semaines. Cette femme souffre de troubles du comportement alimentaire depuis sa jeunesse, raison pour laquelle elle a bénéficié par le passé d'un banding gastrique, d'une abdominoplastie avec liposuccion. Ces interventions lui ont laissé des cicatrices abdominales, auxquelles se surajoutent celles de ses deux césariennes (1992 et 1993). Depuis ces différentes interventions chirurgicales, elle déclare « ne plus rien sentir dans le ventre ». Elle est en préretraite et vit d'aides sociales. Elle se croit ménopausée depuis deux ans. Fin août 2008 elle fait tout de même un test de grossesse au domicile qui se révèle positif. Elle se rend à l'hôpital une semaine après. On y constate une mort fœtale in utero. Elle accouche d'un enfant mort-né de 30 semaines, pesant 500 g. et dont l'apparence est extrêmement dystrophique.

Dagmar, 18 ans

Deux semaines après son baccalauréat, Dagmar présente des contractions abdominales. Une grossesse est découverte. L'examen montre un fœtus en position de siège, dont le poids est évalué à 1 500 grammes. Malgré la tentative de tocolyse, les contractions persistent. Il est décidé de pratiquer une césarienne. Elle donne naissance à une petite fille de 21 semaines pesant 1 450 grammes. Malheureusement les pédiatres découvrent que le lobe

frontal du bébé présente une perte de substance dont l'étiologie serait un saignement cérébral intra-utérin survenu quelques semaines auparavant.

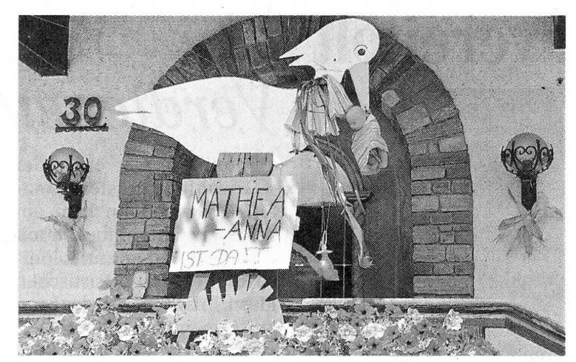
Malgré cela les grands-parents décident de médiatiser l'affaire et organisent une grande fête au village, couverte par la télévision locale. Cette réaction offre un petit avantage, c'est que le phénomène de la grossesse niée a été mieux connu dans la population. Mais la manière dont cela a été rapporté a conduit plus à une banalisation du phénomène qu'à une véritable compréhension.

Schwangerschaft blieb bis zur Entbindung unentdeckt

Heftige Bauchschmerzen einer Schülerin (18) entpuppten sich überraschend als Wehen. Laut Klinik kein Einzelfall.

ELKE RUSS

Innsbruck – „Mathea-Anna ist da!", kündet eine Storchenfigur vor dem Erbhof der Zillertaler Familie. Die Freude ist groß, auch wenn das Baby völlig unerwartet kam: Offenbar ahnten weder die 18-jährige Mama, noch ihre Eltern, Mitschüler und Lehrer etwas von der Schwangerschaft. Das Mädchen, das vorige Woche maturierte, wurde mit Bauchschmerzen in die Innsbrucker Klinik eingeliefert und brach-



Im Zillertal herrscht Freude über den unerwarteten Nachwuchs. Foto: Zoom-Tirol

Dorothéa, 26 ans

Institutrice dans une école primaire, elle se laisse conduire à l'hôpital par son frère qui rapporte au médecin que Dorothéa avait perdu la conscience et présenté des convulsions épileptiformes.

Après deux heures d'hospitalisation, elle reprend toute sa conscience. L'anamnèse retrouve une sensation de malaise depuis plusieurs jours, des douleurs abdominales et des vomissements.

Dorothéa prend la pilule. Elle rapporte des menstruations régulières au cours des derniers mois. Le médecin hospitalier qui l'examine note une morsure linguale, des vergetures abdominales. Il soupçonne une tumeur abdominale. Les résultats de laboratoire mettent en évidence une thrombopénie, une anémie, des LDH et

SGOT élevées. Elle est alors aussitôt transférée au CHU d'Innsbruck, avec le diagnostic de purpura idiopathique thrombocytopénique, pour y bénéficier d'une plasmaphérèse. Au CHU, ce diagnostic est rectifié et s'oriente vers une microangiopathie thrombotique. Une très forte céphalée apparaît. Cependant, le radiologue identifie un fœtus vivant. Le gynécologue de garde, appelé en consultation, diagnostique une grossesse de 28 semaines avec HELLP syndrome et éclampsie. Une césarienne est pratiquée en urgence. Dorothéa donne naissance à une petite fille de 980 grammes, qui est hospitalisée en néonatologie. Elle s'y développera normalement. En quelques jours, thrombocytes et enzymes hépatiques se normalisent. La patiente refuse une consultation psychologique et quitte le service après une semaine d'hospitalisation. Elle élève actuellement sa fille.

Mathilde, 42 ans

Les médecins lui avaient toujours dit qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfant. Elle avait subi trois opérations à la suite de kystes des ovaires. Mathilde souffre d'épilepsie post-traumatique, pour laquelle elle prend du Tégrétol°. La grossesse est découvert e à 29 semaines. Une semaine plus tard elle part en vacances, qu'elle vient passer au Tyrol. Elle consulte dans un hôpital local pour des contractions et y accouche très vite d'une fille de 1 200 grammes qui est transférée en néonatologie au CHU d'Innsbruck en hélicoptère. Elle refuse au départ d'être transférée avec sa fille. Non pas pour des raisons psychologiques liées au déni de grossesse mais tout simplement pour des raisons financières : n'étant pas autrichienne, elle craignait d'avoir à prendre en charge les frais. Elle accepte le transfert avec sa fille dès qu'elle est rassurée sur ce point.

Roswitha, 31 ans

Roswitha arrive aux urgences pour des douleurs abdominales. Le diagnostic de grossesse à terme est posé. Trois heures après, elle accouche d'une fille (2 900 grammes, Apgar 8-9-10). Immédiatement, elle veut donner l'enfant à l'adoption. Son but est d'éviter que son autre fille de 9 ans et ses propres parents sachent ce qui lui est arrivé. De plus, elle est propriétaire d'un petit kiosque et ne peut pas se permettre de le fermer.

Comme sa grossesse « consciente » n'a duré que trois heures seulement, les services responsables des adoptions lui imposent un moratoire de trois jours, temps qui est mis à profit pour de longues consultations psychiatriques après lesquelles Roswitha maintient sa demande de donner son enfant à l'adoption, ce qui est alors acceptée par les services compétents.

X, 42 ans

A Linz, en 2004, la presse nous apprend qu'une femme âgée de 42 ans, mère de deux enfants déjà adultes, accouche seule dans son appartement et étrangle son nouveau-né. Elle meurt quelques heures plus tard d'une hémorragie du post partum avec atonie utérine. En fouillant l'appartement, la police découvre un deuxième cadavre sur le balcon. Il s'agit de celui d'un nouveau-né dont elle aurait probablement accouché un an auparavant. L'exploration de l'ordinateur de cette femme permet à la police de constater que les derniers mots-clés pour lesquels elle avait lancé une recherche étaient « Babyklappe » (« boîte à bébés »[1], et « anonyme Geburt » (accouchement sous X).



Linz: Unfassbarer Fund in Wohnung

Tote Mutter und zwei Babyleichen entdeckt

Sie wollte nie zum Arzt – und keine Kinder

Mutter und zwei Neugeborene tot in Linz aufgefunden

42-Jährige brachte Kinder heimlich zur Welt und starb an inneren Blutungen

Marina, 18 ans

Il s'agit d'un cas récent, survenu en 2008 : Marina, une prostituée âgée de 18 ans, venant de Roumanie, travaille dans une maison close de Salzburg. Elle accouche d'un garçon à terme qu'elle jette du 3ème étage. L'enfant meurt. La jeune femme tente de se suicider. Elle déclare à la police et aux psychiatres qu'elle ne se savait pas enceinte. Elle est hospitalisée en psychiatrie. Traduite en justice, elle est condamnée la semaine dernière à 10 mois de prison totalement assortis du sursis, car, selon la déclaration du Parquet « la prison ne servirait à rien dans un tel cas et constituerait un obstacle à sa thérapie ainsi qu'à sa ré-intégration dans la société ».

---

1 Equivalent des anciens "tours", "… armoires rondes à pivot qui se trouvent à la porte des hospices et où l'on dépose les enfants que l'on veut abandonner à la charité publique" (Dictionnaire Littré, 1866).

Ces cas illustrent la variété des situations que nous rencontrons. Même si, dans la perception qu'en donnent les médias, le déni de grossesse se résume à son côté « drôle » (Jennifer, « La fille qui était sur la plage nudiste ») ou à son côté tragique voire criminel (Marina, « La mère qui a jeté son bébé par la fenêtre »), la réalité, ce sont essentiellement tous les autres cas qui la constituent, les cas de Mathilde, Helga, Dorothea, Roswitha, … c'est donc cet ensemble qui doit être pris en compte dans les études sur le déni de grossesse et non pas seulement les cas sur-médiatisés.

2 – Quelques données issues de notre expérience



La région dans laquelle j'exerce, le Tyrol, est constituée de deux entités :

- Le Tyrol Autrichien, où nous avons collationné 55 cas documentés, dont le recueil, qui s'est étendu de 1987 à 2008, a été prospectif. Parmi ces cas, ceux réunis à Innsbrück bénéficient d'une documentation hospitalière.

- Le Tyrol du Sud (Province italienne de Bolzano) avec 21 cas recueillis rétrospectivement entre 1985 et 2005 à partir des témoignages des sages-femmes de 5 hôpitaux.

Remarquons tout de suite que la méthodologie mise en œuvre pour le recueil induit d'importantes différences de profil. Alors

qu'à Innsbruck nous avons recueilli- des dénis de grossesse partiels, pour lesquels la grossesse se poursuit après la découverte du déni, les cas relevés au Tyrol du sud sont uniquement des cas de déni total, dans lequel l'accouchement est concomitant de la découverte de la grossesse. C'est aussi dans la série du Tyrol du Sud que nous relevons les situations les plus dramatiques (2 accouchements en hélicoptère de sauvetage, 4 en ambulance, 4 à la maison, 1 enfant mort-né du syndrome de régression caudale).

Autre problème de méthodologie : il faut signaler que, pour ce qui est de l'évaluation du nombre de dénis partiels nous nous sommes heurtés à une difficulté qui découle de la réglementation en vigueur. En effet, en Autriche, si le premier examen médical n'a pas lieu avant la 14ème semaine, les prestations sociales perçues par la gestante sont diminuées. Afin de conserver la totalité des prestations à leurs patientes, certains praticiens confrontés à un déni partiel, antidatent la première consultation sur le carnet de grossesse, ce qui ne permet plus par la suite de repérer ces situations de déni et qui fausse bien entendu d'autant nos données. Une des solutions possibles est que les services concernés admettent l'existence du déni de grossesse et que la patiente ne perde rien de ses droits en cas de déclaration tardive si cette déclaration est accompagnée du diagnostic de déni de grossesse établi par un spécialiste.

Une autre source d'erreur dans l'évaluation du nombre de cas résulte de la fréquence des femmes qui accouchent après une grossesse niée alors qu'elles ne résident pas au Tyrol habituellement mais qu'elles y sont en vacances, en séjour touristique. Dans nos séries, cette fréquence atteint un déni de grossesse sur 8. Certes, le Tyrol est une région extrêmement touristique mais on peut éventuellement voir dans cette fréquence élevée la conséquence d'une sorte de fuite.

Quoiqu'il en soit, et en tenant compte de ce dernier biais, si l'on rapporte les cas connus à la population de référence, il est possible d'établir les fréquences suivantes :

- Les dénis découverts entre la 21ème et 32ème semaines (et dont la grossesse se poursuit après le diagnostic) ont une fréquence de l'ordre de 1 pour 400 grossesses

- Quant aux dénis découverts au-delà de la 32ème semaine, leur incidence s'établit à 1 pour 2 500 grossesses.

En ce qui concerne les cas les mieux documentés de nos séries, les cas qui se sont produits à Innsbruck, nous constatons une fréquence plus élevée de pathologies (prématurés, enfants morts nés) dans les cas de dénis de grossesse qui sont découverts entre la 21ème et la 32ème semaines que dans les cas qui arrivent aux alentours de la 40ème semaine sans être découverts.

Par ailleurs, notre documentation corrobore le fait qu'il n'existe pas un « type » de femme plus porté qu'un autre à nier sa grossesse. Ainsi, il y a des femmes très « désorganisées » mais, à l'inverse des femmes très bien organisées ! Cependant, nous avons noté, dans nos dossiers :

- une forte proportion de femmes qui présentaient des troubles des conduites alimentaires,
- des femmes qui entretenaient depuis toujours un mauvais rapport avec leur propre corps, qui, en quelque sorte refusaient de sentir les signaux provenant de leur corps,
- des femmes qui étaient sûres qu'elles n'étaient pas capables de devenir enceintes et qui en étaient tellement déçues qu'elles n'écoutaient pas non plus leur corps.

3 - Déni complet, demi-déni, folie à deux…

Un proverbe allemand dit "Là où il y a un mycologue, il y a des mycoses". Il en va de même avec le déni de grossesse. A partir du moment où on ne le méconnaît pas, on en trouve, si on regarde et on écoute bien. Surtout si on s'éclaire de deux phénomènes psychiques bien connus par ailleurs, le « Middle knowledge » (« savoir à moitié ») et la « folie à deux ». Weisman a défini le « Middle knowledge » comme un état psychologique qui se situe entre le savoir et le non-savoir. Cet état est retrouvé avec une grande fréquence lors des prises en charge psychothérapeutique de patients atteints de cancer, tant et si bien que les phases de déni et de « middle knowledge » qui se succèdent sont bien acceptées par les psychothérapeutes et sont même considérées comme des phases normales de transition dans l'évolution de la maladie cancéreuse. Dans le phénomène de la « folie à deux » qui pourrait ici se verbaliser de la façon suivante : « Je croyais être enceinte, mais puisque ma mère n'a rien dit… » avec en retour « Je soupçonnais une grossesse chez ma fille, mais puisqu'elle n'a rien dit... » les deux protagonistes renforcent l'une l'autre leur déni.

Remarquons que le déni ou le demi-déni de la maladie cancéreuse, s'il est tout à fait accepté par la médecine, est tellement banal qu'il est même exploité de longue date dans des œuvres destinées au grand public[2]. Mais quand ce déni concerne la grossesse et le néonaticide il n'en va pas de même. Je ne connais pas un seul véritable film sur le sujet, à peine une pièce de théâtre filmée, « Agnes of God », avec Janne Fonda (1985), histoire d'une jeune religieuse enceinte sans le savoir et qui tue son enfant.

---

[2] Ainsi, au cinéma, « Le Soleil en face », film de Pierre Kast, 1980 ; « Rak », film de Charles Belmont, 1994.

En tant que médecins, que professionnels de santé, nous sommes préparés aux situations de « Middle knowledge » dans la maladie cancéreuse, aux cas de HELLP-syndrome et d`éclampsie en obstétrique, mais face au déni notre réaction reste souvent faite d'incrédulité, d'indifférence et même de rire. Cette dernière réaction n'est peut-être pas sans signification. Que nous dit en effet Sigmund Freud sur le rire[3] ? Freud écrit : « Le surmoi, par l'humour, s'adresse, plein de bonté et de consolation, au moi intimidé ou épouvanté ». Si nous rions tant du déni de grossesse, il est opportun de nous demander pourquoi notre moi est tellement intimidé qu'il a besoin à ce point de la consolation du rire. Une question qui sera peut-être débattue au cours de ce colloque.

Pour conclure je souligne que l'existence du déni de grossesse est souvent niée par la médecine, les services sociaux et la jurisprudence. Pour éviter ce double-déni il convient de garder à l'esprit deux aphorismes basiques :

Le premier est un précepte connu de tous les anciens obstétriciens : « Always suspect the condition in any female between 7 and 70 » (Soupçonnez toujours une grossesse chez toute femme entre 7 et 70 ans).

Le deuxième, c'est une affirmation qui, sous une forme humoristique, cache beaucoup de bon sens : « The human mind is like a parachute – it functions best when it's open ! » (L'esprit humain est comme un parachute – il fonctionne mieux quand il est ouvert !).

Il s'agit donc pour nous de garder notre esprit très, très ouvert vis à vis de ces femmes-là, et ne pas nous livrer à des jugements précoces.

Merci beaucoup de votre attention.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Weisman D. Avery, On Dying and Denying : a Psychiatric Study of Terminality Shawnee Press, Nashville 1972

Freud S., Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient (1905), traduit par M.Bonaparte et M.Nathan, édition élctronique en francais : http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/le_mot_d_esprit/le_mot_d_esprit.html

Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. J Psychosom Obstet Gynecol. 1994;15:1–8

Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse

Jens WESSEL
Privat-Dozent, Dr. Med
Gynécologue – Obstétricien
Charité /Berlin
Klinik für Geburtsmedizin
(Bayer Schering Pharma)

Je remercie les organisateurs du colloque de me donner l'occasion de présenter, quoique sommairement, cette étude qui par ailleurs a fait l'objet d'une publication détaillée en langue allemande, parue sous le titre « Die verdrängte Schwangerschaft ». Le lecteur intéressé est invité à s'y reporter pour toutes précisions supplémentaires.

1. - Matériel et méthode, présentation succincte

L'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse repose sur la collecte prospective de cas de femmes en situation de déni de grossesse. Elle a été réalisée sur la durée d'une année (du 1.7.1995 au 30.6.1996) dans les 19 maternités qui existaient à ce moment là à Berlin et dans ses environs. De plus, cinq autres établissements, des cabinets de sages-femmes, ont participé à l'étude, sans qu'il y soit relevé de cas.

1.1. - Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude les femmes pour lesquelles le premier diagnostic médical de grossesse a été porté après la 20ème semaine de gestation et qui n'avaient pas eu, jusqu'à cette date, de

perception subjective de leur grossesse. De ce fait, leur suivi médical a donc été tardif et certaines n'en ont pas du tout bénéficié jusqu'au terme.

1.2. - Protocole

Un réseau de communication avec les maternités a été organisé. L'auteur est allé personnellement à la rencontre de chaque équipe pour présenter le projet. Il a, à cette occasion, explicité la méthodologie et remis les documents nécessaires (critères d'inclusion, coordonnées, etc), puis il a maintenu le contact de façon soutenue pendant toute la période de recueil par des visites et des appels téléphoniques.

Toute déclaration par une maternité d'une grossesse correspondant aux critères d'inclusion déclenchait une enquête de l'auteur sur place avec consultation du dossier médical accompagné d'un entretien clinique avec chaque patiente signalée par les équipes des maternités.

2. – Principaux résultats

2.1. - Données relatives aux mères

Au total, 94 femmes ont été recrutées dans le cadre de cette étude (N = 94). Sur la base des entretiens confidentiels réalisés par l'auteur, elles ont été réparties en deux ensembles, selon qu'elles présentaient un déni de grossesse ou qu'une autre raison expliquait le suivi tardif ou l'absence de suivi.

En ce qui concerne le déni de grossesse, 62 cas ont été recueillis dans la période stricto sensu de l'étude, auxquels ont été ajoutés 4 autres cas enregistrés lors de la période de mise en place de l'étude, soit un total de N = 66.

Le groupe pour lequel la mise en place tardive ou l'absence de suivi s'expliquait soit par une dissimulation de grossesse (auquel cas la femme savait depuis longtemps qu'elle était enceinte), soit par d'autres raisons comprenait N = 28 cas.

Les analyses présentées dans la suite de cette communication portent exclusivement sur les femmes qui ont présenté un déni de grossesse, soit 65 personnes ou 66, en incluant un cas de néonaticide.

2.1.1. – Moment du diagnostic de la grossesse.

Le diagnostic de grossesse a été porté :

- 15 fois entre la 20 et la 24ème SG
- 9 fois entre la 25 et 28ème SG,
- 8 fois entre la 29 et la 32ème SG,

- 14 fois entre la 33 et la 37ème SG,
- enfin, 20 fois lors de la 38ème SG ou plus tardivement dont 12 fois au jour de l'accouchement.

Les autres données relatives aux mères, que je vais exposer brièvement, battent en brèche les préjugés les plus couramment rencontrés qui voudraient que ces mères soient nécessairement jeunes, immatures (voire infantiles), inexpérimentées sur le plan sexuel ou sur celui de la maternité, issues d'un milieu socialement défavorisé, pourvues d'une intelligence limitée, ou bien psychotiques. Sur ce dernier point, dans ma série, trois femmes ont été signalées comme présentant des troubles, mais une seule souffrait en fait de schizophrénie. Il semble donc que cette pathologie ne joue pas de rôle particulier dans la survenue d'un déni de grossesse.

Les principaux facteurs étudiés ont été l'âge de la mère, son mode de vie familial au moment du déni de grossesse, son niveau d'étude, sa formation professionnelle et ses antécédents de grossesse.

2.1.2. - Âge

L'âge des femmes incluses dans l'étude variait de 15 à 44 ans, avec une médiane à 26 ans, suivant la répartition indiquée ci-après :

Âge (en années)	N =	%
Jusqu'à 16 ans	1	2 %
17-19	8	12 %
20-24	9	14 %
25-29	21	33 %
30-34	9	14 %
35-39	9	14 %
40 ans et plus	8	12 %

Comme on le voit, l'âge des femmes concernées est extrêmement varié.

2.1.3. – Vie de couple

Dans 11 cas (17 %), ces femmes vivaient sans partenaire stable (célibat, divorce). Dans la majorité des cas (N = 54, soit 83 %) elles avaient une vie de couple stable (vie maritale, mariées, divorcées mais disposant d'un nouveau partenaire, que leurs domiciles soient partagés ou séparés).

2.1.4. – Niveau d'étude

En ce qui concerne les niveaux d'études, récapitulés dans le tableau ci-dessous, ils couvrent tout le champ offert par le système scolaire allemand[1]. Le plus important à souligner est que la majorité de ces femmes est titulaire d'un diplôme.

Niveau d'étude	N =	%
Femme encore scolarisée	2	3 %
Absence de diplôme	9	14 %
Etablissement d'éducation spécialisée	2	3 %
Hauptschule (niveau scolaire faible)………….	16	25 %
Realschule (niveau scolaire moyen & bon)…	22	34 %
Gymnasium (niveau bon et excellent)…..	7	11 %
Inconnu	7	11 %

2.1.5. - Formation professionnelle

Les niveaux de formation professionnelle sont également extrêmement variés.[2]

	N =	%
Scolarisées, encore en formation	4	6 %
Sans formation	13	20 %
Apprentissage achevé	32	49 %
Autre niveau de formation (ex : profession à formation accélérée)	7	11 %
Etudiantes (FHS/Université)	3	5 %
Etudes terminées (FHS/Université)	2	3 %
Niveau inconnu	4	6 %

2.1.6. – Antécédents de grossesse

Plus de la moitié des femmes qui dans notre étude avaient présenté un déni de grossesse étaient multipares (N = 37, soit 56 %) et avaient connu précédemment de une à six naissances.

[1] NDT : Il n'existe pas de concordance stricte entre les systèmes scolaires allemands et français.
[2] NDT : Le système de formation professionnelle allemand est sensiblement différent du système français, en particulier la voie de l'apprentissage y est massivement utilisée.

Les primipares (N = 29, soit 44 %) se partageaient entre celles qui, bien qu'ayant démarré au moins une grossesse dans le passé l'avaient conclue soit par une fausse-couche soit par une interruption volontaire de grossesse (N = 8, soit 12 %) et celles qui n'avaient jamais eu antérieurement d'expérience de grossesse (N = 21, soit 32 %), soit seulement un tiers de l'effectif total.

2.2. - Données relatives aux nouveaux-nés

2.2.1. – Données générales

Les 66 dénis de grossesses étudiés ici ont abouti à la conception de 70 fœtus. Dans 62 cas il était isolé, et dans 4 cas il s'est agi d'une paire de jumeaux.

Un enfant était mort-né. Il présentait une hypertrophie, avec un poids supérieur à 6 000 grammes !.

Un néonaticide a été constaté.

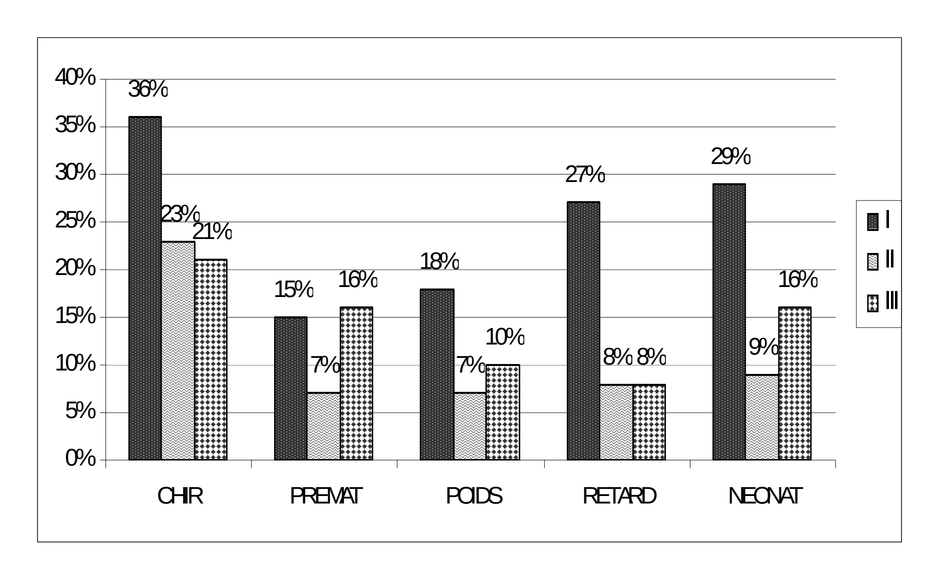
Enfin, 3 foetus se sont révélés non viables entre la 21ème et la 23ème semaine de gestation.

2.2.2. –Quelques paramètres significatifs concernant les nouveau-nés

Si l'on compare les paramètres classiques de risque (naissance avant terme, faible poids de naissance, retard de croissance, …) dans les cas de déni de grossesse avec les données du registre périnatal de Berlin et celles du Centre néonatal Charité de Virchow dans lequel je travaille, on constate que les fréquences sont toujours augmentées de manière statistiquement significative dans les cas de déni de grossesse (cf. histogramme).

Il faut voir, à mon avis, dans cette augmentation la conséquence des facteurs de risques que l'on peut trouver dans toute grossesse qui ne bénéficie pas du suivi médical habituel.

Par contre, en ce qui concerne les paramètres du post-partum (APGAR, pH artériel du cordon ombilical), nous n'avons pas noté de différence, pour ces enfants dès lors qu'ils naissent en maternité et qu'ils y bénéficient de toutes les ressources de l'obstétrique moderne.



Légende
Chir. : Naissance par voie chirurgicale ou utilisation d'une instrumentation
Prémat. : Naissance prématurée (avant la 37ème SG)
Poids : Poids de naissance inférieur à 2 500 grammes
Retard : Retard de croissance
Néonat. : Transfert nécessaire en néonatologie

I : Naissances à la suite d'un déni de grossesse
II : Données du registre périnatal de Berlin
III : Données du centre néonatal Charité de Virchow

2.2.3. - Taux de mortalité

- Taux total de mortalité

En ce qui concerne le taux de mortalité total, nous avons enregistré 4 cas de décès sur un total de 69 enfants (soit 5,8 %) qui se répartissent entre 3 foetus non viables dans la période de la 21ème à la 23ème semaine (1 fausse couche tardive, 2 interruptions thérapeutiques de grossesse) et 1 décès intra-utérin à la 41ème semaine (insuffisance placentaire).

- Taux corrigé de mortalité

Le taux de mortalité corrigé ne comprend que le décès intra-utérin (soit 1,5 % des cas) auquel il faut ajouter un néonaticide. Le taux corrigé s'établit donc à 2,9 % des cas.

De tels taux indiquent que le déni de grossesse est une situation à risque pour le fœtus et le nouveau-né

2.2.4. – Devenir immédiat

Dans les cas de naissance unique (N = 61), les enfants sont par la suite essentiellement élevés par leur mère ou le couple de parents qui les a conçus.

Naissance unique (N = 61)	N	%
Elevés par leur mère/parents	47	77%
Famille d'accueil	1	2 %
Procédure d'adoption	9	15 %
Décédés	4	7 % plus 1 néonaticide

Lorsqu'il s'est agi de jumeaux, la moitié des enfants a fait l'objet d'une procédure d'adoption.

Jumeaux (N = 8)	N	%
Elevés par leur mère	4	50 %
Procédure d'adoption	4	50 %

2.2.5. - Incidence

Le nombre total de naissances sur la période considérée (1.7.1995 – 30.6.1996) et dans la zone géographique concernée par l'étude (maternités de Berlin et des environs) a été de N = 29.462 enfants. Le nombre de dénis de grossesse répertoriés pendant cette même période a été de N = 62 (rappelons que 4 cas ont été recueillis dans la période préparatoire de l'étude).

Sur cette base, il est possible d'établir les rapports de fréquence suivants :

- Déni de grossesse (diagnostic de grossesse porté après la 20ème SG) : 1 cas pour 475 naissances,
- Naissances inattendues de foetus viables sans la moindre supposition préalable de gravidité (déni total), N = 12, soit 1 pour 2 455 naissances,
- Naissances inattendues (déni total) survenant à domicile, N = 3, soit 1 pour 9 825 naissances.

3. - Discussion

3.1. - Etudes germanophones

Trois autres études germanophones sont disponibles, elles établissent des fréquences assez voisines, de celle de l'étude prospective de Berlin (1 pour 475 grossesses), quoique plus élevées :

L'étude conduite par Brych, qui avait recueilli 12 cas de déni de grossesse à Celle (ville allemande moyenne), concluait que la fréquence du déni de grossesse était de 1 pour 357 naissances.

Une de mes études antérieures portant sur Berlin métropole, avec 28 dénis de grossesse recueillis, établissait une fréquence de 1 pour 430 grossesses.

Enfin, l'étude publiée par Christoph Brezinka sur 28 cas recueillis à Innsbruck, établissait un taux de 1 pour 400.

3.2. - Sur le plan international

Deux études comportant des indications de fréquence ont été publiées récemment :

- L'étude rétrospective de D. Normal, portant sur la population du Pays de Galles, menée sur une période de 11 ans (1989 – 1999), retrouve un taux de naissances inattendues (déni total, jusqu'à la naissance) de 1 pour 2 500, résultat extrêmement proche de celui de l'étude de Berlin (1 pour 2 455).

- L'étude exploratoire rétrospective de S. Friedman portant sur les naissances sans suivi médical ou avec un suivi extrêmement tardif, menée sur une période de 6 ans (1997 - 2003) dans un centre hospitalier universitaire, à Cleveland (Ohio, USA) établit la fréquence des dénis de grossesse à 0,20 %, soit 1 naissance pour 500, résultat également très proche de celui de l'étude de Berlin (1 sur 475).

4. – Conclusions

4.1. – L'hypothèse largement répandue que les dénis de grossesse sont très rares est inexacte

Quelques éléments de comparaison avec des situations obstétricales permettront d'apprécier ce fait.

Avec une naissance pour 475, le déni de grossesse est certes moins fréquent que la naissance de jumeaux (1 pour 85, d'après la règle de Hellin), un placenta praevia ou un HELLP syndrome (1 pour 250/280) mais est plus fréquent que la survenue d'une maladie hémolytique ou d'une appendicite aiguë en cours de grossesse (1 pour 1000).

En ce qui concerne les dénis se traduisant par une naissance inattendue de fœtus viable sans la moindre suspicion de grossesse au préalable (1 pour 2 455 naissances), on constate que ce phénomène se situe entre la fréquence de la rupture utérine (1 pour 1 500) et celle de l'éclampsie (1 pour 2 500).

Enfin, le risque d'accouchement en dehors d'un milieu médicalisé à la suite d'un déni total de grossesse (1 cas pour 9 821) est d'une fréquence moindre que la probabilité de donner naissance à des triplets (1 pour 7 225, règle de Hellin).

A contrario, on notera que les grossesses nerveuses, qui sont, en tant que grossesses « imaginaires » pour ainsi dire, le contraire du déni de grossesse, sont effectivement devenues un phénomène « exotique ».

4.2 - Les résultats (données de fréquence) sont homogènes

Les données des études conduites à Innsbruck, tout comme à Celle et à Berlin, mais également au Pays de Galles et dans l'Ohio témoignent d'une fréquence assez homogène des cas de déni de grossesse dans ces différentes régions, et cela malgré leurs diversité tant sur le plan démographique que social.

4.3. - Le déni de grossesse ne concerne pas un groupe de femmes précis ou marginal

A l'encontre des préjugés, les données disponibles permettent d'affirmer que le déni de grossesse ne concerne pas un groupe de femmes précis ou marginal. Nous pouvons valider les deux grandes conclusions auxquelles étaient parvenues notre consoeur, le Dr Brych, à la suite de son étude (Celle, Allemagne) :

- « Il n'existe pas de type bien défini de « la » femme en déni de grossesse! ».

- « Il faut corriger le préjugé largement répandu qui veut que les femmes en déni de grossesse soient des femmes jeunes, immatures, infantiles, inexpérimentées, issues d'un milieu social en désagrégation ! »

4.4. - Mensonge ou rationalisation

Il est également important de souligner que le mensonge, l'occultation volontaire de la réalité est un comportement profondément différent de la rationalisation des signes cliniques qui peut accompagner un déni de grossesse. Il faut d'abord souligner que ces signes sont généralement minimes, ce qui facilite ce processus de rationalisation. Ainsi, la plupart des femmes que nous avons rencontrées avaient constaté une prise de poids mais elles avaient « trouvé des explications » pour ce constat (par exemple en pensant qu'elles avaient mangé plus que d'habitude ou que, comme elles avaient toujours eu un poids fluctuant cela n'avait rien d'inhabituel, …). De même, les nausées ou les vomissements peuvent être rationalisés (« J'ai mangé quelque chose qui m'a fait du mal »), tout comme les mouvements du fœtus peuvent être interprétés comme les signes d'une maladie. S'il y a aménorrhée, certaines femmes pensent alors qu'il s'agit du début de la ménopause alors que d'autres sont accoutumées à avoir des règles irrégulières et ne s'en inquiètent pas. Enfin, à notre surprise, nous avons constaté que 20 % des femmes

étaient sous pilule contraceptive au moment du déni, ce qui facilite également la rationalisation.

4.5. - Projections

Sur la base de nos résultats et des données démographiques de 2007, il est possible de proposer, par projection, des estimations qui s'établissent comme suit :

2007	FRANCE	ALLEMAGNE
Nombre total de naissances	783.500	670.000
Nombre de dénis de grossesse (au-delà de la 20ème SG, 1 pour 475 naissances)	1 650	1 400
Naissances inattendues (déni total)	320	270
Naissances inattendues (déni total) et soudaines à domicile	80	70

4.6. - Une prise en considération insuffisante

Le déni de grossesse, dont la fréquence est bien plus élevée que ce qui était admis jusqu'à présent, constitue une situation à risque, pour la mère et pour l'enfant. Il pose, de même d'ailleurs que les grossesses dissimulées qui ont été écartées de cet exposé, de nombreux problèmes sur le plan obstétrical mais aussi médico-légal. Il n'existe guère d'autre phénomène comparable de menace et de létalité potentielle pour la mère et l'enfant qui reçoive si peu d'attention dans le champ des complications et urgences obstétricales.

C'est pourquoi une information large sur le déni de grossesse doit être intégrée dans la formation des médecins, sages-femmes, infirmières et autres personnels de santé.

Sur un plan plus général, on notera que le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) tout comme la CIM (Classification internationale des maladies) n'offrent pas de possibilité de classification. C'est pourquoi, lors de la révision à venir du DSM et de la CIM, il serait nécessaire d'entreprendre de compléter de manière adéquate les codifications.

Pour finir, je voudrais simplement signaler que ce colloque, ici, à Toulouse, prouve de manière évidente qu'il est possible d'accorder au phénomène du déni de grossesse toute l'attention nécessaire et de reconnaître son importance, ce qui aurait dû être le cas depuis longtemps.

C'est pourquoi le plus grand respect, la plus grande reconnaissance et les plus sincères remerciements sont dus à

l'AFRDG – à laquelle j'adresse tous mes meilleurs voeux de succès pour l'avenir !

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Friedman S et al.: Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. Psychosomatics 2007; 48: 117-122 / Univ. Cleveland/OH, USA; Psychiatrie

Wessel Jens, Die verdrängte Schwangerschaft, avril 2007, 232 pages, broché, ISBN 978-3-934410-92-3, 24 euros, disponible chez : www.akademos.de

Normal D et al. : The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year popultion-based study in South Gamorgan. J Obstet Gynaecol 2006; 26: 118-21

Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J (1994): Denial of pregnancy : obstetrical aspects. J Psychosom Obstet Gynecol 15:1-8

Brych Ch (1994) : Verdrängte Schwangerschaft - Eine Analyse von Beobachtungen der Jahrgänge 1990 und 1991. (Denied pregnancies - An analysis of cases in the years 1990 and 1991) Med. Diss., Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland

Wessel J, Rau G (1997): Zur Schwangerschaftsverdrängung - Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin. (Denial of pregnancy – Description of a Phenomenon Based on Results of 28 Cases and Presentation of a Prospective Regional Integrated Study in Berlin) Geburtsh Frauenheilk 57:116-123

Cinq dénis dont trois décès

Bernard LEMOIGNER
Docteur en médecine
Médecin généraliste (Vendée)[1].

Installé depuis bientôt 30 ans comme médecin de campagne j'ai été confronté au déni de grossesse à cinq reprises, dans trois types de circonstances.
- Mes deux premières observations dans ma pratique journalière de médecin généraliste.
- Mes deux suivantes en tant que juré d'assises.
- Ma dernière concernant la belle-fille d'amis proches.

Première observation

Un jour de mars 1982 une jeune fille de 20 ans me consulte la première fois pour un retard de règles de 2 mois. A l'examen je retrouve un utérus gravide et lui annonce qu'elle est enceinte. "C'est impossible me dit-elle". Je propose un test de grossesse et lui indique qu'en cas de négativité nous ferons d'autres examens. Je ne revois pas cette jeune femme. Trois mois plus tard son employeur m'appelle un soir car ma patiente se plaignait de douleurs abdominales et me dit-il « Je pense qu'elle est en train d'accoucher ». En arrivant à son chevet je suis en présence d'une femme à dilatation complète, hypertendue avec des oedèmes des membres inférieurs. Le transport en ambulance (le SMUR ne venait pas jusqu'à nous à cette époque) au centre hospitalier le plus proche (35 km) était bien long, avec à l'arrivée, un accouchement rapide en une poussée avec double circulaire du cordon, mais un enfant bien vigoureux et une sortie de la maternité au 8ème jour sans complications. Cette jeune femme qui vivait chez ses parents dans un milieu très aimant, non défavorisé, où l'enfant a immédiatement été accueilli. Les parents ne comprenaient pas que leur fille ait pu leur "cacher" son état et se culpabilisaient de

[1] Retenu par d'autres contraintes, le Docteur Bernard LEMOIGNER, auquel nous avions demandé de nous présenter son témoignage de généraliste n'a pu être présent lors du Colloque. C'est en le remerciant de nous l'avoir fait parvenir que nous publions son témoignage dans le compte-rendu de la table ronde à laquelle il devait initialement participer.

n'avoir rien vu. Elle s'est mariée quelques années plus tard et a eu un deuxième enfant "normalement". Je les revois d'une année sur l'autre au moment des vacances et toute la famille est restée très unie. L'histoire de cette grossesse n'a jamais été évoquée avec la maman.

Deuxième observation

En juillet 1984 je suis appelé un matin pour une jeune patiente de 21 ans par une voisine amie pour un accouchement imminent. Je suis très étonné car je côtoie régulièrement et je connais bien cette jeune femme. A mon arrivée, le travail est bien commencé. Le transport sans urgence, comme pour une grossesse ordinaire, pour la maternité se passe bien et l'accouchement donne naissance à un beau bébé, le retour à domicile se faisant dans les délais habituels. Là encore, milieu familial et conditions de vie excellentes. La jeune femme vit chez ses parents, travaille et personne n'a remarqué cette grossesse. Quelques années plus tard elle se marie et a un deuxième enfant. Le premier enfant a été parfaitement accepté et je vois régulièrement tout ce petit monde. Dans ce cas non plus, il n'a jamais été question de cette grossesse atypique.

Troisième et quatrième observations

En décembre 1999 je suis tiré au sort pour être juré lors de la session des assises qui s'ouvre à La Roche-sur-Yon le 17/01/2000. Je vais faire partie du jury concernant les deux premières affaires, qui sont, chacune, un infanticide.

La première affaire est celle d'une femme qui vit dans des conditions sociales très défavorisées, avec déjà plusieurs enfants, un contexte d'alcoolisme chez le mari. Elle accouche chez elle, alors qu'elle ne sait pas qu'elle est enceinte, en allant aux toilettes pensant faire une gastro-entérite. La surprise est totale et le mari ivre, qui est présent, n'a pas la présence d'esprit d'intervenir. L'enfant meurt rapidement faute de soins. L'enquête montrera qu'il s'agissait d'une liaison adultérine. La prévenue a comparu libre. Le Président des assises requalifie l'accusation d'infanticide en délaissement sur mineur et l'acquittement est prononcé.

La deuxième affaire concerne une jeune femme qui, elle aussi, a déjà des enfants et vit avec son compagnon dans des conditions modestes mais correctes. Une nuit, alors que son compagnon dort, elle est prise de douleurs abdominales et, pensant à des coliques, va aux toilettes où elle s'aperçoit qu'elle est en fait en train d'accoucher. Son compagnon, alerté par ses cris et pensant à

une hémorragie, appelle le SAMU. L’enfant s'est en fait noyé dans les toilettes et ne peut être ranimé. Il s'agissait là aussi d'une liaison adultérine et la prévenue a comparu alors qu'elle était emprisonnée depuis plusieurs mois. Le verdict sera de la prison avec sursis.

Cinquième observation

Il s'agit d'un cas plus personnel, celui d'une jeune femme rencontrée à plusieurs reprises en dehors de tout contexte médical, ses beaux-parents et son compagnon étant des amis de longue date, j'ai pu parler longuement avec elle et elle m'a raconté à plusieurs reprises son histoire.

Au moment des faits Angélique a une trentaine d'années. Elle vit depuis plusieurs années avec son ami, ils ont un petit garçon et travaillent tous les deux. Un soir de mars 2007 elle ne se sent pas bien, a quelques douleurs abdominales et s'en plaint à son ami. Ils pensent qu'il s'agit d'une gastro-entérite liée aux moules qu'ils ont mangées au repas du soir. Elle décide de dormir sur le canapé pour ne pas déranger son ami qui doit se lever tôt le lendemain. Dans la nuit les douleurs sont intolérables et elle se rend aux toilettes où, avec stupeur, elle s'aperçoit qu'elle accouche. Son compagnon se lève, réveillé par le bruit, et découvre sa femme avec du sang partout. Paniqué, il appelle sa mère qui habite à plusieurs kilomètres de là, qui appelle le SAMU pensant à une hémorragie massive. Arrivée aux urgences les médecins font le diagnostic d'accouchement mais en ne retrouvant pas d'enfant reviennent au domicile où ils trouvent la belle-mère d'Angélique nettoyant la salle de bains et qui tombe des nues quand on lui demande si elle n'a pas trouvé un bébé! Celui-ci sera retrouvé sans vie dans un vanity-case. Angélique est sortie rapidement de la maternité pour être incarcérée.

Angélique est sortie de prison et je l'ai alors prise en charge car elle était psychologiquement très mal. Pendant toute sa grossesse elle n'avait pas pris de poids, n'avait pas eu d'augmentation de volume abdominal et avait eu des règles régulièrement, sauf sur la fin :un retard de règles qui fait qu'elle pensait être enceinte de deux ou 3 semaines au moment où elle accouchait ! Elle pensait faire une fausse-couche et quand elle a vu et surtout entendu l'enfant elle a été sidérée et dit avoir été complètement paniquée et avoir caché l'enfant dans le vanity-case. Angélique a été réincarcérée et est ressortie, en attendant son procès, début 2008.

En conclusion je voudrais surtout insister sur le fait que la survie de l'enfant naissant dans ces conditions est liée en grande

partie à la chance. S'il existe au moment des premières douleurs un témoin qui a la présence d'esprit de penser à une grossesse et d'appeler rapidement des secours, l'enfant a toutes les chances de survivre. Si la femme qui ne se sait pas ou ne veut pas se savoir enceinte est seule, la stupéfaction et la sidération sont telles qu'elle est incapable d'avoir une attitude adaptée. En quelques secondes, il faut admettre la réalité d'une grossesse puis d'un accouchement, toutes choses qui prennent habituellement neuf mois avec consultations multiples et préparation à l'accouchement en prime !

L'obstétricien et le déni de grossesse

Marc-Alain ROZAN
Docteur en médecine, Gynécologue-obstétricien
Président du Syndicat National
des Gynécologues Obstétriciens de France

Je remercie particulièrement les organisateurs de m'avoir invité à ce premier colloque dont le thème est « Le déni de grossesse ». Nous nous posons beaucoup de questions sur le terme « déni de grossesse » Certains de mes confrères m'ont demandé « Qu'est-ce que le déni de grossesse ? De quoi parles-tu ? ».

Cette interrogation nous a amenés à faire une enquête.

Je vous montrerai ensuite quelques diapositives et vous parlerai de mon expérience personnelle : comment nous en sommes arrivés, dans l'établissement où je travaillais, à nous occuper de déni de grossesse ?

Au début, on venait me chercher, en tant que responsable du service, pour faire des déclarations de grossesse post-accouchement car cela soulevait des problèmes administratifs.

Un cas se présente, puis deux … Sur une dizaine d'années nous en avons colligé à peu près une vingtaine.

Ceux-ci nous ont interpellés. D'habitude on parle de symptômes, de symptomatologie. Dans ce contexte il s'agit d'histoires qui m'ont particulièrement frappé.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui venait consulter en urgence parce qu'elle saignait abondamment. Elle passait devant la maternité. Agée de 44 ans, son fibrome se manifestait par des métrorragies de plus en plus importantes. L'examen confirmait une grossesse. L'échographie confirmait le terme avancé et diagnostiquait un placenta prævia.

A l'annonce de cette grossesse elle est catastrophée : « Mais il n'en est pas question docteur, c'est impossible ».

Devant l'urgence, on lui explique qu'il faut même intervenir chirurgicalement, la césariser devant cette très importante

hémorragie. Ce à quoi elle répond : « Mais cet enfant, docteur, il n'en est pas question. J'ai entendu dire que je pouvais accoucher sous X, donc j'accouche sous X ». On l'a césarisée. Elle est partie dès son réveil, laissant son enfant « sous X ».

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une patiente qui vient pour un problème de lourdeur abdominale et d'un écoulement d'urines depuis 24 heures et de façon de plus en plus importante.

Elle est à peine allongée sur la table d'examen qu'elle pousse un cri et je reçois le bébé dans les bras. Elle m'a alors rétorqué immédiatement : « Mais d'où sortez-vous ça ? » en désignant l'enfant et le placenta. J'appelle pour demander de l'aide car je suis seul avec elle. Je parle avec la patiente ; elle ne veut pas voir l'enfant. « Emportez-moi ça », dit-elle et elle se rhabille. Je lui dis : « Mais madame, il faut vous hospitaliser ». « Au revoir, monsieur » m'a-t-elle dit et elle est partie, me laissant avec son enfant dans les bras. Pour les démarches administratives, il a fallu ensuite retrouver la mère, qui ne voulait pas se faire connaître. C'était un enfant né sous X. Peu à peu, il y en a eu d'autres femmes qui sont venues en consultation.

Quand une patiente venait en consultation sans vraiment savoir pourquoi elle venait, et qu'une grossesse était diagnostiquée dans ce cadre mes collègues me disaient : « Tu n'as qu'à t'en occuper ». Et avec le temps, je me suis intéressé au problème.

Le dernier cas dont je vais vous parler est celui d'une jeune femme, qui arrive pour un problème gynécologique, je ne me souviens plus exactement du motif.

Je l'examine, et constate qu'elle est enceinte de 7 mois. Un silence. « Vous êtes sûr, docteur ? ». Je lui fais une échographie, qui confirme bien entendu la grossesse.

La patiente me dit « Ah …, Je suis contente ». Elle descend de la table d'examen, revient vers moi, s'assoit, toujours nue, et me dit : « Il est vraiment à moi, le bébé ? ». Je lui confirme son état gravidique. Elle se relève pour aller s'habiller et là, je n'ai pas la même femme en face de moi.

Avant, j'avais devant moi une femme dont on ne voyait pas la grossesse, et, quand elle s'est levée pour se rhabiller, elle se tenait en arrière, le ventre proéminent !

Il s'était donc opéré une métamorphose physique complète à partir du psychisme. Il faudra expliquer où était caché cet enfant … Puis la grossesse s'est terminée heureusement

Peu à peu la presse s'est mêlée du sujet, à propos d'affaires dramatiques.

C'est en fait à la suite de ces cas que j'en suis venu, en tant que

porte-parole du Syndicat des Gynécologues et Obstétriciens de France, à le représenter dans les médias dans les affaires de déni de grossesse, auquel je n'étais absolument pas spécialement formé.

Le déni de grossesse est une notion complexe et très mal évaluée. Là je me tourne vers nos collègues psychiatres afin de comprendre l'interaction du physique sur le psychisme ou le contraire.

Je voudrais surtout souligner qu'à ce jour en France peu d'études ont été faites. D'autre part, nous parlions tout à l'heure de la « CIM 10 », répertoire des actes médicaux, le « déni de grossesse » n'y figure pas

Même dans le dossier « AUDIPOG» créé par le Professeur Claude Sureau, il y a plus de 30 ans, et qui est le dossier de référence à l'heure actuelle en France, point de déni de grossesse.

Tout cela ne facilite pas la recherche.

Je vais d'ailleurs demander au Président de l'association AUDIPOG que l'item déni de grossesse y figure désormais.

Parmi les quelques travaux, je voudrais signaler une thèse présentée, le 10/04/08, par un médecin généraliste Madame Laurence Meligien. Magnifique thèse. Cette consœur était en service maternité à Bordeaux, et c'est pendant ce stage qu'elle a rencontré des dénis de grossesse d'où lui est venue l'idée de rédiger sa thèse, que je vous conseille de lire. Je remercie le Professeur Horowitz qui a présidé cette thèse de m'avoir autorisé à en parler au cours de ce colloque.

De notre côté, pour approfondir le sujet, le SYNGOF a envoyé récemment un questionnaire sur le déni de grossesse aux gynécologues-obstétriciens. Voici ce questionnaire :

Au cours des dix dernières années, avez-vous connu :

« Des dénis partiels ? Si oui, combien ? »

« Des dénis complets jusqu'à l'accouchement ? Si oui, combien ? »

« Des dénis complets après accouchement ? Si oui, combien ? »

« Des accouchements sous X leur faisant suite ? Si oui, combien ? »

« Et d'éventuels infanticides suivant le déni de grossesse dans les suites immédiates de post partum ? Si oui, combien ? »

Beaucoup de confrères n'ont pas répondu, mais des réponses me sont tout de même arrivées au fur et à mesure pendant les 3 derniers mois et je les ai recensées par région.

Ce ne sont que des réponses rapides, avec une "méthodologie" qui ne permet pas de tirer quelque conclusion scientifique que ce soit, mais ce sondage donne tout de même une idée de la perception du problème par ces professionnels.

L'Île-de-France est la région où j'ai obtenu le plus de réponses. Mais, même là, la recollection des cas n'est pas si simple. Ainsi, dans le département de la Seine-Saint-Denis, où j'exerce, il y a plusieurs hôpitaux. Nous sommes dans un département qui enregistre autour de 20 000 naissances par an et nous avons un réseau qui existe depuis une vingtaine d'années.

Nous staffons nos dossiers ensemble et nous sommes un petit peu plus à l'écoute de ce genre de problème mais sans non plus les colliger d'une façon formelle.

Voici une carte de France faite d'après les réponses. On peut dire qu'il s'agit d'un problème national.

Mais l'Allemagne et une partie de l'Autriche ont les mêmes statistiques et les mêmes taux : je pense donc que le problème est beaucoup plus général et qu'il faudrait se pencher d'une façon beaucoup plus importante sur lui. C'est un problème sociétal, qui a toujours existé et, d'après toutes nos expériences, il n'y a pas d'âge (on parlait tout à l'heure de « 7 à 70 ans ») ni de catégories socioprofessionnelles car j'ai rencontré, dans ma courte expérience sur le déni de grossesse, toutes formes de professions.

Je n'ai pas comptabilisé les dénis partiels, parce qu'il y en a beaucoup plus que l'on ne croit. Ce déni partiel est effectivement ce que l'on appelle les métrorragies du premier trimestre où les patientes, les futures mamans, ont des règles tous les mois et viennent consulter pour d'autres motifs ou parfois parce qu'elles disent « Je crois que je suis enceinte mais je ne sais pas depuis quand ».

C'est un déni partiel parce que la grossesse est acceptée. Il n'y a pas de problème et l'on fait des déclarations tardives.

Parmi les autres tentatives faites pour cerner le problème, nous avons fait une étude auprès de la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) pour connaître la date des déclarations de grossesse. Cette enquête n'a pas donné le résultat escompté. Le paiement des allocations familiales n'est plus assujetti directement aux déclarations de grossesse au. La date de 15 semaines et 7 jours n'est plus respectée car le terme légal n'est plus sanctionnable financièrement

On ne peut donc pas faire, sur la base de ce matériel d'étude sur la cause des déclarations tardives. D'autant plus qu'il y a eu un recul de déclaration à cause de l'échographie. Beaucoup de patientes attendent d'avoir une confirmation de la réalité et de la « qualité de leur grossesse » pour être sûres de faire une déclaration sans qu'il y ait de problèmes.

Je voudrais mentionner pour finir quelques autres faits qui montrent, sous des éclairages divers, toute la complexité du sujet.

Parmi les 438 échantillons de déni de grossesse que l'on a colligé par Internet nous avons trouvé une plainte. Une plainte judiciaire contre les gynécologues obstétriciens pour déni de grossesse. C'est un comble ! La patiente, après avoir accouché dans un hôpital public, a porté plainte auprès du Tribunal administratif de Bordeaux, car pendant sa grossesse, elle avait vu un certain nombre de médecins mais aucun n'avait constaté la grossesse : un ORL (dont la spécialité permet effectivement de constater une grossesse … !) et un pneumologue... Elle n'avait pas vu de gynécologue obstétricien, sauf celui qui a procédé à l'accouchement. Cette affaire a été rejugée par la Cour d'Appel de Bordeaux. La plainte n'a tout de même pas abouti Je remercie le professeur Jacques Horowitz pour m'avoir communiqué ce fait pour le colloque

Autre constat : personnellement, je connais des familles ayant un médecin dans leur entourage très proche où pas un membre de la famille ni de l'entourage ne s'est aperçu de la grossesse, alors qu'ils évoluaient tous dans le même cadre de vie.

Et j'irai même plus loin en prenant le cas récent de cette femme incarcérée pour infanticide, qui a accouché 2 mois après son incarcération à la suite d'une grossesse passée tout à fait inaperçue. Cela alors que toute femme qui entre en prison subit une fouille au corps et qu'elle était soumise à une surveillance médicale et psychologique renforcée ! Je m'interroge beaucoup sur ce cas, et surtout les magistrats pourront se poser la question !

Pour conclure, je dirais que plus on parlera de ce problème plus les professionnels seront à l'écoute du déni de grossesse. C'est pourquoi, lors de la dernière réunion de la Commission Nationale de la Naissance, présidée par le Professeur Puech, nous lui avons demandé, de mettre ce sujet à l'ordre du jour le plutôt possible. Cependant, ce n'est pas seulement au niveau des professionnels qu'il faut parler de la question, mais aussi dans les médias.

Je pense que toute personne qui connaît une situation de déni de grossesse doit en parler.

Je vous remercie de votre attention et de m'avoir donné l'opportunité de vous présenter les éléments que je pouvais apporter dans ce dossier.

Le déni de grossesse : aperçus théoriques

Jacques DAYAN
Docteur en médecine, Pédopsychiatre
Unité de psychiatrie périnatale
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
CHU de Caen[1]

Ce colloque sur la reconnaissance du « déni de grossesse » marque d'une certaine façon, la fin de la dénégation institutionnelle d'un symptôme. Je suis très heureux d'y participer et d'avoir pu entendre de vive voix les Professeurs Brezinka et Wessel, sur les travaux desquels nous nous appuyons, pour confirmer l'existence, les caractéristiques et apprécier l'ampleur du phénomène de déni de grossesse.

Le déni de grossesse pose un problème qui pour nous, psychiatres et psychanalystes, tient à la nature générale du psychisme humain. Mon expérience du déni de grossesse s'est construite à partir d'une pratique de psychiatrie périnatale débutée il y a une vingtaine d'années, s'exerçant actuellement au CHU de Caen, remarquant que nous n'avions pas abordé la question du déni avant 1995. Toutefois, en psychiatrie périnatale, le phénomène troublant de la dénégation, plus souvent partielle que totale, peut aussi être remarqué dans d'autres circonstances, comme par exemple la dénégation par les conjoints de l'infécondité de l'homme en cas de don de gamètes, ou bien, de la mort de l'enfant dans certains deuils pathologiques.

Un des premiers éléments pouvant attirer l'attention sur le déni de grossesse consiste en la discordance entre sa reconnaissance, à peine amorcée, et sa fréquence relativement élevée au sein des autres troubles psychiques périnataux. Les dépressions majeures affectent une femme sur cinq, en postnatal. Les délires aigus puerpéraux, psychoses puerpérales, troubles bipolaires, schizophrénies aiguës affectent une pour cinq cent à une pour mille femmes qui accouchent. Les infanticides, autant que les statistiques soient valables, affectent environ un accouchement sur dix mille.

[1] La forme orale de la conférence a été partiellement conservée.

La fréquence des dénis de grossesse est donc supérieure à celle des « psychoses puerpérales » pour les dénis partiels et du même ordre pour les dénis totaux. Ce qu'il y a d'absolument remarquable, que confirme l'épidémiologie, est de constater que les femmes qui présentent un déni de grossesse ne différent en rien de l'ensemble de la communauté féminine, au moins pour les indicateurs utilisés[2].

Il y a bien quelque chose qui se produit de singulier durant la grossesse de ces femmes, mais qui ne peut être mis en rapport avec des données épidémiologiques spécifiques, en particulier ni avec un trouble psychiatrique caractérisé, ni avec des conditions socio économiques particulièrement défavorables. La personnalité des femmes présentant un tel trouble n'offre, selon nos connaissances actuelles, aucune spécificité. Par contre leur histoire, si, et l'histoire de leur grossesse, encore souvent. C'est en partie pour cela que nous avons préféré qualifier le déni de grossesse de symptôme et non de syndrome. Nos observations s'appuieront, outre l'épidémiologie, sur la clinique. Les références concernant les mécanismes de déni et de dénégation emprunteront essentiellement aux concepts psychanalytiques qui les définissent et les détaillent avec précision. Plusieurs autres points de vue, qui mériteraient eux aussi un développement particulier, ne seront pas abordés. La nosographie psychiatrique contemporaine classe un certain nombre de phénomènes comme l'amnésie psychogène parmi les troubles dissociatifs. Le déni de grossesse sous certains angles s'en rapproche. Une grande partie des troubles dits dissociatifs ont en commun avec les troubles dits « de conversion » d'appartenir à la grande famille des manifestations hystériques qui a posé tant de soucis aux neurologues du XIX^{éme} siècle et dont a eu partiellement raison la psychanalyse. Dans des textes encore récents le déni de grossesse est appréhendé comme une manifestation hystérique. Bien qu'il reste admis qu'elles restent un phénomène de l'esprit, accessible à la psychothérapie, les manifestations propres à l'hystérie comme par exemple les paralysies sensitives ou motrices n'ont pas trouvé de soubassements physiologiques. Les recherches en imagerie fonctionnelle pourraient déceler les régions cérébrales impliquées dans un tel fonctionnement, sans bien sûr expliquer la cause de ce fonctionnement.

Après ces brèves remarques introductives, nous allons essayer de discuter différentes approches de cette manifestation.

---

[2] Indicateurs sociodémographiques et de santé (éducation, revenu, âge, antécédents médicaux dont psychiatriques, etc.)

1. - Description et définitions

Dénis partiels et dénis totaux: une définition possible ?

Comme vous savez, il y a une difficulté à rendre compte du déni de grossesse. Aujourd'hui, le praticien, comme la mère tendent à passer sous silence, cet « accident » de la mémoire ou de la conscience.

La question des définitions et des dates limites du phénomène, pose aussi un problème. Il faudrait idéalement définir comme date seuil du déni, le terme de la grossesse auquel toute femme est censée savoir qu'elle est enceinte. Or évidemment il n'y a pas de date qui corresponde à cela. Il est fréquent d'évoquer certaines modifications corporelles ou bien la perception des mouvements actifs. Ces phénomènes connaissent toutefois une grande variabilité, la conscience de ces mouvements étant généralement plus tardif chez les primipares mais se modifiant aussi, entre autres facteurs, avec le tempérament de la femme et la vivacité du fœtus. Les définitions des dates seuils somme toute resteront relativement arbitraires, mais arbitraires sur la base d'intuitions communes. Elles répondront à la question suivante *« à quel moment une femme est censée savoir qu'elle est enceinte, à quel moment toute femme est censée reconnaître qu'elle est enceinte ? »*

La date de reconnaissance de l'état de grossesse n'est pas le seul critère permettant de qualifier de partiel le déni de grossesse. Le déni peut être partiel, dans le sens où la mère reconnaît avant le début du travail, soit à 24 ou 26 semaines, en tout cas après 20 semaines, qu'elle est enceinte. Il peut aussi être partiel dans la mesure où la future mère ne reconnaît sa grossesse que de façon intermittente, et ceci jusqu'à l'accouchement. Il peut encore être partiel, parce qu'elle reconnaît sa grossesse mais dénie en partie ses conséquences. Il y a mille exemples. Un me vient à l'esprit, celui d'une jeune femme, qui à 19 ans, partait faire du ski de compétition à 8 mois de grossesse. Je lui demandais *« ski, compétition, 8 mois de grossesse »,* ce qu'elle en pensait. Elle me répondit que *« Justement, elle ne pensait pas, que justement elle savait bien qu'elle était enceinte »* mais *« c'était comme si ça lui était, continuellement, sorti de l'esprit »*. C'est un exemple parmi d'autres d'une forme de déni ou de dénégation partielle.

Le caractère partiel peut donc être lié:

- à l'instabilité dans le temps et dans la forme du déni ou de la dénégation,
- à une « reconnaissance » inconsciente, attestée non par un savoir (la femme ne se sait pas enceinte) mais par une conduite (la femme évite certains comportements à risque ou modifie ses manières de vivre adéquatement à la grossesse),

- par une prise de conscience plus ou moins tôt avant l'accouchement.

Il peut aussi plus exceptionnellement s'exprimer par l'absence des émotions habituellement associées à la grossesse, alors que celle-ci semble être rationnellement reconnue.

Les formes dites totales semblent elles-mêmes associées à une conscience partielle de la grossesse. Celle-ci semble toutefois être extrêmement fugace et rapidement réprimée. Cette conscience (ou « pré conscience » ?) de l'état de grossesse nous a été suggérée par les entretiens répétés avec une dizaine de femmes ayant présenté un déni total ou quasi-total avec ou sans complications postnatales. Les entretiens nous ont montré, qu'une part d'entre elles étaient traversées par des émotions qui sont celles qu'on rencontre habituellement dans la grossesse ou bien prennent des précautions diverses adaptées à l'état de grossesse, par exemple modifient leurs habitudes alimentaires, leur pratique du sport ou leur consommation de tabac ou d'alcool, tout en affirmant n'avoir jamais pris conscience qu'elles étaient enceintes. Plus passionnant encore, souvent seulement après plusieurs semaines d'entretiens, mais parfois presque immédiatement, sont apparues quelques traces de la lutte[3] qu'ont menée ces mères contre la reconnaissance de la grossesse. Elles avaient pu rêver qu'elles étaient enceintes mais avaient chassé cette pensée au réveil. Elles avaient pu être traversées par l'idée de grossesse à un moment quelconque de la journée, mais avaient très rapidement éliminé cette pensée. Je n'ai pu la plupart du temps m'apercevoir de tels phénomènes, dans les dénis « totaux », que lors d'entretiens répétés et prolongés. Ce point peut être crucial dans les expertises tardives qui pourront à tort suspecter une simulation, là où il y a déni. Après la naissance, il arrive que les mères regardent ébahies leur ventre ne pouvant concevoir qu'il ait pu contenir un enfant. Et bien sur leur enfant lui-même, nous y reviendrons.

Participation somatique

Bien qu'inconstante, elle demeure tout à fait caractéristique du tableau de déni de grossesse. De nombreuses femmes ne présentent qu'un accroissement pondéral modéré, et quelquefois nul. Les autres signes secondaires de grossesse sont absents ou réduits. Des saignements fréquents peuvent masquer durant plusieurs mois l'aménorrhée, exceptionnellement jusqu'au terme. Ce tableau diffère des dissimulations de grossesse où par exemple les tenues vestimentaires sont choisies pour masquer les modifications corporelles. Malgré de nombreuses hypothèses, sur les modifications induites de l'axe hypothalamo-hypophysaire, il n'existe à l'heure

[3] Inconsciente

actuelle aucune explication satisfaisante de cette « participation » somatique. Ce tableau n'est pas sans rappeler celui, inverse, du pseudocyesis ou « grossesse nerveuse » où la distension abdominale permanente, d'origine controversée, probablement multifactorielle, contrefait un ventre de grossesse alors que la femme présente tout ou partie des signes secondaires de grossesse : absence de règles, nausées, vomissements, tension des seins et ventre qui gonfle.

2. - Mécanismes et facteurs de risque

Déni et dénégation comme mécanismes du déni de grossesse.

A la suite du Professeur Brezinka nous effectuerons aussi un bref détour par les écrits de Freud. Le Professeur Brezinka a cité cet auteur à propos des désirs inconscients et des significations cachées du désir s'exprimant dans le *« Witz »* ou *« mot d'esprit »*.

Ian Brockington rapporte que dés la fin du XIXème siècle le phénomène fut décrit à partir d'une dizaine de cas sous le terme de *« grossesse inconsciente »*. Les références du terme déni renvoient en effet pour l'essentiel aux écrits de Freud. Le terme de déni de grossesse se rencontre dans la littérature psychologique ou psychiatrique depuis au moins une cinquantaine d'années. Le déni et la dénégation, sont considérés dans cette approche comme des mécanismes fondamentaux du fonctionnement mental, tout à la fois ordinaires et vitaux. Toutefois des différences de degré, voire de nature, séparent dénégation et déni.

Bien que la dénégation, comme symptôme, puisse par son intensité ou par son objet, être associée à certains tableaux pathologiques avérés, elle est avant tout, selon la psychanalyse, un phénomène banal, un phénomène de la vie quotidienne, dont la principale fonction est d'éliminer ou réduire le déplaisir. Nous n'avons pas entendu telle remarque déplaisante ou compris sa signification pourtant évidente, nous n'avons pas remarqué tel clochard dans la rue, nous n'avons pas entendu la nuit le bébé pleurer, nous n'avons pas remarqué tel défaut flagrant de l'objet aimé, nous ne prenons pas conscience de notre colère ou de notre désir, lorsqu'ils sont source d'inconfort. La dénégation des affects hostiles a été particulièrement étudiée par Mélanie Klein.

Le déni peut dans une rapide définition être considéré comme le refus d'accepter comme réelle une perception, ce qui conduit à l'éloigner de sa conscience, où elle devient inaccessible, dans un processus de clivage. Contrairement à la dénégation, le déni n'est pas un mécanisme ordinaire du fonctionnement psychique. Il a été décrit dans la psychose ou dans les suites tardives de certains traumatismes psychiques. La plupart des « dénis de grossesse » ne

seraient pas selon cette définition des « dénis » sauf peut être chez les patientes schizophrènes.

Les dénis de grossesse résulteraient pour la plupart de mécanismes de dénégation, c'est-à-dire du refus (ou de la résistance, de la difficulté, de l'impossibilité ?) de se représenter la signification et l'implication d'une perception. La dénégation est d'utilisation courante dans le fonctionnement de tout un chacun. Elle nous permet en particulier de supporter des situations autrement insupportables en nous aveuglant nous-mêmes : *« Non, non, ce n'est pas possible, je ne l'ai pas vu parce que ce n'est pas possible »*. Ce thème est largement exploité dans l'écriture théâtrale comme un ressort de l'action, soit comique, sous la forme de l'aveuglement obstiné du mari trompé, soit tragique, sous la forme de la confiance aveugle du héros trahi. La dénégation est toutefois aussi malheureusement relevé dans un « théâtre » plus solennel, celui des procès d'Assises, de mères qui semblent ne s'être pas aperçues que leur enfant était victime de violences sexuelles, alors même qu'elles en avaient apparemment tous les signes sous les yeux.

Tout à l'heure, le Professeur Brezinka a évoqué le phénomène du déni (ou la dénégation) de la maladie, en particulier dans le cas du cancer, mais que l'on retrouve d'ailleurs dans de très nombreuses autres maladies létales. Nous sommes parfois étonnés que les cancéreux « dénient » leur maladie alors que nous sommes nous-mêmes coutumiers de dénier l'inéluctabilité de notre propre mort. Ce déni n'est pas total, ce que traduit bien le terme de « *connaissance intermédiaire* » (*« middle knowledge »*) qu'a cité le Professeur Brezinka : nous savons tous que nous allons mourir, même si nous ne pouvons en avoir une représentation claire. La pression de reconnaissance de l'inéluctable issue mortelle est beaucoup plus importante chez le cancéreux que chez le bien portant car la menace est imminente et les signes de la maladie souvent évidents. Mais beaucoup résistent à reconnaître cette issue profondément déplaisante, voire terrorisante. La force de cette résistance est à l'aune de la crainte que représente la menace de cette mort prématurée. Chez le malade cancéreux, comme chez le sujet sain, la dénégation présente souvent un caractère partiel : ils savent et ne savent pas. La pression de reconnaître la grossesse, semble encore plus intense que celle de la maladie chez le cancéreux : les signes en sont permanents, évolutifs, et censément évidents à tous. Pourtant, dans cette situation, le déni total ne semble pas exceptionnel. La particularité de la dénégation dans le déni de grossesse porte, outre sur son intensité et sa durée, sur la nature cénesthésique des éléments perceptifs qui s'y associent. Ces caractéristiques ont conduit nombre d'auteurs à rapprocher ce phénomène d'une conversion hystérique ou d'un trouble dissociatif.

Limites terminologiques : déni, dénégation, désaveu, rejet

Si en France, seul le premier terme est couramment employé, le « déni de grossesse », est encore souvent nommé en anglais « désaveu ou rejet de grossesse ». La difficulté qui se présente, lorsque l'on tente de définir les multiples mécanismes de négation, est leur pluralité et leurs intrications. Certains textes psychanalytiques différencient la dénégation et le déni, comme ils différencient le refoulement et rejet (ou désaveu) qui leur sont, respectivement, associés : le rejet est un « refoulement réussi » ou complet, puisqu'il touche et la perception et la représentation, et l'affect. Il pourrait selon cette hypothèse exister des formes de passage entre dénégation et déni.

Dans la suite de cet exposé, nous abordons la question du déni de grossesse en tant que symptôme, recouvrant des mécanismes variables.

Le déni de grossesse diffère de la dissimulation et de la méconnaissance

En pratique de consultation et de thérapie, nous avons reconnu une entité que nous avons appelée *« les négations de grossesse à participation principalement inconsciente »*. Cette expression a été choisie pour distinguer les dénégations des dissimulations de grossesse. Les dissimulations, pleinement conscientes, semblent plus fréquemment que les dénis de grossesse accompagnées d'infanticides ou de délaissement létal du nouveau-né. Par ailleurs, on retrouve dans les dissimulations de grossesse des facteurs de risques tels l'âge jeune et les difficultés socio-économiques qui n'avaient pu être mis en évidence dans les dénis de grossesse. Une figure intermédiaire entre déni de grossesse et dissimulation consiste dans la méconnaissance de la grossesse. Tout à l'heure ont été évoquées une femme de 100 kilos enceinte, une femme de 47 ans enceinte, une adolescente aux règles irrégulières enceinte. De quoi s'agit-il ? Y a-t-il dans cette méconnaissance, une volonté de ne pas savoir ? L'étude approfondie des quelques cas que nous avons pu rencontrer nous a montré, constamment présente, une ambivalence vis-à-vis du désir d'enfanter, le désir que la grossesse n'ait pas eu lieu, laissant supposer l'existence possible de formes de passage possibles entre méconnaissance et négation de grossesse.

Les données apportées par la littérature scientifique

Le déni de grossesse rend pratiquement impossible des études prospectives. La plupart des études sont rétrospectives, et les meilleures rétro-prospectives. En effet on ne peut rendre compte du déni le plus souvent que lorsqu'il disparaît ! Pour comprendre le déni nous n'aurons essentiellement qu'un récit sur le passé, même si

quelques donnés objectives indiscutables peuvent être recueillies : parité, troubles psychiatriques antérieurs ou secondaires, etc.

Une démarche simple, mais performante, consistera à tenir compte des « non déclarations » (ou déclarations tardives) de grossesse pour estimer la probabilité d'un déni de grossesse. A partir de cette population, un échantillonnage permettra d'estimer la prévalence respective des dissimulations, dénis, méconnaissances, refus, négligences et exceptionnelles impossibilités d'ordre matériel, qui constituent les motifs de non déclaration de grossesse. La démarche clinique s'inspirera du même principe. Que nous révèle la revue de la littérature ? De très nombreux reports de cas et, à notre connaissance, 3 à 4 études structurées en population générale avec une bonne méthodologie. Ces rares études établissent des taux de prévalence et des facteurs de risque assez similaires.

L'idée qu'il existe une particularité psychologique ou psychiatrique commune à l'ensemble des négations de grossesse n'a pu être valablement soutenue sauf en ce qui concerne les négations de grossesse suivies d'infanticide. En particulier il a été remarqué, mais sur des populations assez réduites, plus de traumas sexuels de l'enfance, d'abus sexuels, de carences graves, etc., dans les dénis de grossesse avec infanticide. Et si l'on dispose de quelques minutes, peut-être aborderai-je cette question toute particulière.

Enfin, l'examen de la fréquence respective des dénis, approximativement 1/400, et celle, globale, des infanticides et délaissements létaux, 1/10 000, conduit à constater que l'immense majorité des dénis de grossesse ne conduit pas à la mort du bébé contrairement aux affirmations entendues ci et là. Toutefois, la pratique des expertises pour néonaticides et quelques statistiques médico-légales relevées aux USA suggèrent que les dénis totaux puissent représenter un facteur de risque non négligeable des infanticides.

3. - Le déni de grossesse en pratique

Réaction des femmes à un déni total.

Nous avons été particulièrement intéressés par la réaction des femmes à un déni total. Une sorte de surprise domine, évidente lorsque la femme accouche dans les toilettes, l'expulsion de l'enfant et les douleurs qui l'accompagnent étrangement confondues avec celle des matières fécales. Comme si, la femme méconnaissait les perceptions de son propre corps ou les réinterprétait, selon ses désirs ou ses interdits. Un trouble donc de l'image du corps, et non, du schéma corporel.

Collusion du déni. Il n'est pas exceptionnel que des médecins, abusés en quelque sorte par la dénégation, aient reçu la femme, sans l'examiner vraiment et prescrit pour les douleurs du travail des médicaments ayant pour objet les troubles digestifs ou parfois encore des anxiolytiques. Cette réaction de dénégation est aussi assez souvent retrouvée chez les proches, conjoint, parent, etc. Elle cesse souvent devant l'évidence des modifications du corps, présentes au début du troisième trimestre, mais se prolonge parfois jusqu'au terme de la grossesse. Ce résultat peut être interprété comme le fruit du message implicite adressé par la parturiente à l'entourage : *« Je ne suis pas enceinte »*. Il conduit à ce que certains appellent, parfois, la collusion du déni. Dans toute communication interhumaine, que l'on peut dichotomiser un peu schématiquement en analogique et digitale, l'émetteur, volontairement et/ou à son insu, oriente l'attention d'autrui vers un centre d'intérêt particulier, mais peut aussi parfois l'en détourner. Ces mécanismes prennent probablement place dans une phase pré-attentive de la communication. Ils jouent un rôle majeur dans les erreurs commises par les médecins. Ce phénomène a aussi été signalé lors de faits de maltraitance avérés : le silence du voisin devant les hurlements répétés de l'enfant ou celui des institutions devant le spectacle répété d'ecchymoses chez un enfant pâle et triste. Ici la dénégation porte sur la souffrance infligée à l'autre. Lors des maladies létales, elle porte sur l'appréhension de sa propre souffrance à venir. Dans les deux cas elle vise à préserver son propre confort, autant qu'il est possible. Lorsque la femme enceinte accepte de se reconnaître telle, son entourage en fait de même, et signale d'ailleurs parfois les doutes qui l'avaient traversé, et qu'il avait réprimés.

Implications pour le corps médical.

La capacité de reconnaître le déni de grossesse comme un fait avéré va probablement étendre le nombre de cas signalés. Il en fut par exemple de même pour les maltraitances physiques ou sexuelles des enfants. Il y a environ une cinquantaine d'années, aux Etats-Unis, les pédiatres ont commencé à admettre, après une période initiale de réticence ou de désintérêt, avec notamment les travaux et communications de Kempf, la large prévalence de la maltraitance infantile. Dés lors, nombre de médecins ont reconnu qu'ils avaient dans leur clientèle des éléments pour suspecter ou diagnostiquer une maltraitance : les signes potentiels de la maltraitance attiraient l'attention, alors qu'auparavant, en quelque sorte, ils la détournaient.

Quelle est la responsabilité du sujet dans le déni ?

Cette question, implique bien sûr un jugement sur la responsabilité médico-légale. Mais aussi sur la responsabilité humaine en général. Il implique aussi de distinguer une action

consciente, la dissimulation, d'une action principalement ou uniquement inconsciente, dénégation ou déni. La dénégation s'associe au processus de « refoulement ». C'est un développement actif, même s'il est principalement inconscient. Un exemple schématique, emprunté à Agatha Christie, illustre ce processus. Lors d'un voyage en train, au moment où celui-ci démarre vous avez brusquement la vision fugitive d'un crime qui se produit. Vous avez peu vu, mais la scène était pourtant nette. Vous recherchez autour de vous, dans le wagon, une émotion partagée chez autrui, telle la surprise, l'effarement qui vous permettrait de croire en ce que vous avez vu. Mais vous êtes seul et vous doutez. Puis le processus de dénégation se met rapidement en marche. Vous vous dites «ce n'est pas possible, non je ne l'ai pas vu». Si vous êtes « efficace», le processus est rapide et complet. Le lendemain vous n'y pensez plus. Cependant si une coupure de journaux l'atteste, vous dites «j'y étais». Dans le cas de la grossesse, il ne s'agit pas d'un événement unique, mais d'un flux d'indices de plus en plus précis et de plus en plus nombreux. Dans le cas des dénis de grossesse «totaux» le phénomène est particulièrement intéressant à analyser. Même si les signes secondaires de grossesse sont moins nets, même si des saignements ont pu égarer vers l'existence de règles, au troisième trimestre, de nombreux indices ou stimulations provenant du corps propre auraient dû attirer l'attention de la mère. Elle y semble pourtant aveugle. L'aveuglement est sélectif : il porte sur l'ensemble des indices susceptibles de révéler la grossesse. Il nécessite la capacité de regrouper ces indices, soit une certaine forme de reconnaissance, pour les distinguer d'autres stimuli indépendants de la grossesse. En effet, la mère reste ordinairement réceptive à la totalité des autres stimuli : le bruit du téléphone, la peine ou la joie de son conjoint ou ami ou de son autre enfant, la faim ou la soif, etc. La femme enceinte dans le déni est attentive à son travail, remarque une émission intéressante à la télévision, s'occupe des difficultés de son aîné, est capable de réagir à un cours de philosophie, peut remarquer les taches ménagères à programmer, mais le reste, c'est-à-dire sa grossesse, elle ne le voit pas. Ce fonctionnement est considéré comme inconscient : le sujet ne le maitrise pas.

Déni de grossesse et simulation

Dans le cas de la psychose, un phénomène ayant quelques points communs avec le déni de grossesse, a été décrit l'hallucination négative. Ainsi, le héros de Maupassant dans la nouvelle « le Horla » se regarde dans le miroir, mais, au comble de sa terreur, ne se voit pas lui-même, alors qu'il distingue l'ensemble de la pièce et les objets autour de lui. Le phénomène en cause ici est le déni, qui peut sommairement être défini comme le refus d'accroire une perception.

Le déni de grossesse chez la femme psychotique peut difficilement être confondu avec la simulation, mais il s'agit d'un cas particulier

Bien plus fréquente, la dénégation est définie comme le refus d'accroire une représentation: le sujet voit mais *« il n'en croit pas ses yeux »*, à l'instar de l'exemple précédent du voyageur en train. Dans le déni de grossesse la représentation écartée de la conscience est *« Je suis enceinte »*. Pour être maintenue la dénégation nécessite un «travail constant » ayant pour objet de réprimer de la conscience les stimuli perçus susceptibles de conduire à une représentation de la grossesse. Il est nécessaire de supposer qu'il existe paradoxalement une vigilance exacerbée (« préattentive » ?) de ces mères à écarter ces stimuli : comme dans de nombreux états psychiques décrits en pathologie, l'évitement est en fait un phénomène actif, bien qu'involontaire ou inconscient. En pratique, le déni (mécanisme de clivage) semble rare, et sa constatation uniquement chez la femme schizophrène. Le déni de grossesse a été observé et étudié chez les femmes psychotiques dés les années 50.

Ambivalence et déni de grossesse

Influencés par la psychanalyse des articles assez anciens dénommaient le déni de grossesse, « désaveu de grossesse » mettant en exergue la motivation inconsciente ayant pour objet le refus de la grossesse ou au minimum d'en prendre connaissance. En pratique, dans la plupart des cas de dénis totaux, la femme connaît après la naissance une période de sidération qui cède plus ou moins rapidement. L'attachement à l'enfant se fait progressivement, le temps qu'il soit pleinement reconnu dans son existence (« il est ») et son appartenance (« c'est mon enfant »). L'attachement se fait en général sans difficulté majeure, mais toutefois après un temps variable d'interaction. Les mères doivent être suivies tant que subsistent des « îlots » de dénégation ou que les réactions au comportement du bébé semblent inappropriées. A notre connaissance aucun infanticide secondaire n'a été rapporté dans la littérature. Nous avons eu personnellement à connaître un cas de maltraitance sévère lorsque la mère, encore partiellement déniant l'existence de sa grossesse, a été laissée seule avec son nouveau-né. Plusieurs auteurs ont rapporté des réactions immédiates parfois bruyantes : prostration, fugue, épisodes de conversion et même délires.

Infanticide et conscience

Comme nous l'avons souligné, l'infanticide est exceptionnel en cas de déni de grossesse, bien que le déni de grossesse total en représente un facteur de risque indiscutable. Les réactions homicides restent encore très mal comprises et sont parfois rapportées à l'issue brutale de l'agressivité associée aux motifs hostiles inconscients.

Plusieurs auteurs, à partir des récits de cas ont montré le rôle subjectivement déterminant du cri du nouveau-né, insupportable pour la mère car il fait advenir la conscience de la réalité de l'enfant. Dans un cas qui nous a été rapporté c'est au contraire le cri qui a amené à la conscience pour la mère la réalité de l'enfant vivant. Voir l'enfant ne suffisait pas, la mère se mettant en route pour le détruire et cessant immédiatement après la perception du cri. Lors des infanticides, avec ou sans déni de grossesse, un certain nombre de mères font effectivement état de la nécessité subjectivement impérieuse, dans laquelle elles se trouvaient de faire cesser ce cri qui faisait advenir l'enfant à la conscience. Dans d'autres cas l'acte homicide est recouvert d'un total silence, soit que l'acte soit recouvert d'une totale amnésie, soit que cet acte la submerge de culpabilité et qu'elle n'ose, même si des bribes de souvenirs lui reviennent, l'évoquer. Il existe parfois une dissociation entre le sentiment de responsabilité purement rationnel et objectif, *« Oui j'ai eu tort, je suis une très mauvaise mère, c'est absolument affreux ce que j'ai fait »* et d'un autre côté un sentiment de fatalité, d'une nécessité impérative absolue d'agir *« Je n'y pouvais rien »*. Un autre cas de figure parfois signalé est un état de confusion et de trouble durant l'acte en limitant ou en abolissant la responsabilité. Dans d'autres cas encore l'amnésie du geste homicide semble complète.

Les dénis partiels

Dans notre pratique clinique et de recherche nous avons institué une rencontre systématique en cas de déni partiel et, bien sûr, total. L'immense majorité des femmes avec un déni de grossesse partiel, n'avait aucune envie de causer avec nous. Leur premier désir était de partir de la maternité, surtout ne rien dire, ne rien aborder de leur vie personnelle, de leurs pensées, du contexte psychosocial, ni de l'enfant lui-même. Ce refus est tout à fait compatible avec l'hypothèse psychopathologique selon laquelle le mécanisme de la dénégation survient lorsque le sujet veut éviter la venue à la conscience de représentations extrêmement désagréables.

4. - En guise de conclusion : Le déni de grossesse, un mécanisme utile ?

Avec d'autres auteurs nous considérons que le déni de grossesse peut jouer un rôle adaptatif. Il permet en effet de protéger la grossesse contre l'hostilité manifestée par le milieu social (parents, institutions, règles morales, etc.). La dénégation est aussi un « mécanisme de défense » qui permet d'éviter les conflits internes liés à l'ambivalence du désir maternel. Ainsi, le déni de grossesse aurait dans une certaine mesure un rôle d'adaptation, un rôle protecteur. L'infanticide en montrerait les limites, bien qu'encore une fois il

importe de souligner, notamment pour le grand public, que la majorité des dénis de grossesse se prolongent par un attachement de qualité. Les études sont peu nombreuses, mais celles connues, ne mettent pas en évidence beaucoup plus de difficultés que dans la population générale. La pratique clinique apporte la même impression. Les recherches qui, nous l'espérons seront entreprises, permettront peut-être de confirmer cet aspect du déni de grossesse.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Le déni de grossesse
Dayan J. Andro G, Dugnat M.; Le déni de grossesse. In Psychopathologie de la périnatalité Masson, 1999, 2003 (seconde édition). Paris.

L'infanticide.
Dayan J. Andro G, Dugnat M.; L'infanticide In Psychopathologie de la périnatalité Masson, 1999, 2003 (seconde édition). Paris

Secrets familiaux
Dayan J. - Secret et roman familiaux: Fonctions du secret de famille Dayan J., « Secret et Roman familiaux ». Nervure, 4 ; 45-53. 1994

Dayan J. : Les maternités adolescentes, p 37 - 45, 8, 1998, Spirale, Erès éd

Trouvé C, Dayan J, Sauvalle A. Anonymat et secret dans l'insémination avec donneur. Enquête auprès de dix-huit couples avec enfants Spirale. Eres. 32 : 77-100, 2004

Dayan J., Le secret, l'anonymat et la construction des tiers dans la procréation médicalement assistée. In Etudes Freudiennes. 6e Colloque de Pédiatrie et Psychanalyse. Hors série. Janvier 2004.

DEUXIEME TABLE RONDE

DENI DE GROSSESSE

AUTOUR DE LA NAISSANCE

Propos introductifs

Michel Delcroix
Ancien professeur de Gynécologie-Obstétrique à
l'Université catholique de Lille
Président national de l'APPRI
(Association Périnatalité Prévention Recherche Information)

Je voudrais remercier vraiment très chaleureusement notre ami le Docteur Félix Navarro d'avoir su, d'avoir pu, avec toute son équipe organiser ces magnifiques journées sur les dénis de grossesse et de vous avoir permis d'y participer en étant là, et je vous en remercie beaucoup également. Alors on part pour une après-midi de deux heures trente de travail, cent cinquante minutes d'assurance de travail, et non pas de « déni de participation ». Et c'est pour ça que j'ai proposé aux orateurs de ne pas dépasser leur temps de parole de façon à pouvoir vraiment discuter avec vous, tout en sachant que leur temps de parole, même s'il est compté, est très riche. On aura à entendre l'expérience d'une sage femme de terrain, qui est par ailleurs Présidente de l'Association Nationale des Sages Femmes Tabacologues, Conchita Gomez. Et puis ensuite, l'intervention du Docteur Benoît Bayle qui, non seulement est pédopsychiatre, mais aussi docteur en philosophie, sa thèse en philosophie est d'un apport considérable pour la question qui nous réunit : il a travaillé sur la « Nouvelle scène conceptionnelle, enjeu éthique » ce qui, somme toute, représente sans doute un enjeu philosophique. Et puis nous aurons l'expérience de Maître Aufière avocate, à Toulouse depuis plus de trois décennies, spécialisée en état civil, en droit de la famille et médiateur familial depuis près de vingt ans.

Pour introduire cette après midi je vous propose de vous lire une petite histoire qui a exactement dix ans, que j'ai trouvée dans un journal régional daté du 21 octobre 1998. « Une infirmière étouffe son nouveau-né. Une infirmière en néonatologie de 26 ans a été mise en examen et écrouée pour avoir tué le bébé qu'elle venait de mettre au monde en cachette dans les toilettes de l'hôpital Saint Antoine ». Vous voyez donc bien que tout ce qui nous a été dit ce matin, c'est encore plus que le déni du déni : « déni de grossesse » ou « grossesse du déni » ?, « déni de grossesse » ou « déni de féminité » ?, « déni de grossesse »ou « déni de fertilité » ?, « déni de grossesse » ou « déni de sexualité » ?, « déni de grossesse » ou « déni du travail psychique » ?, « déni de grossesse » ou « déni de l'ambivalence de grossesse » ?. Ce matin, comme vous l'avez bien entendu, le Docteur Jacques Dayan, pédopsychiatre à Caen, a beaucoup insisté sur l'ambivalence, et vous, qui êtes des cliniciens de

terrain, vous savez bien qu'une femme en début de grossesse est souvent dans l'ambivalence et que parfois le déni de grossesse peut durer jusqu'à la fin de la grossesse. Tantôt la femme est dans le désir d'être enceinte, le désir d'attendre un bébé, et tantôt elle est dans le désir contraire. Mon sujet initialement était « naissance de l'enfant du déni » et pourquoi ne pas dire « déni de l'enfant » ou « déni de l'enfant à naître » puisque tant qu'il est in utero, il n'est pas encore né ? « déni de grossesse » ou « déni de co-naissance » ? Puisque vous avez bien vu que la médecine ignore le « déni de grossesse », on peut parler de « déni de la médecine » puisqu'il faut attendre 2008 et Félix Navarro pour avoir une réunion scientifique, médicale, sur le déni de grossesse « déni de naissance » « déni de co-naissance » « déni de connaissance » « déni de maternité »... Je dis souvent aux femmes qui ont certaines fois un désir de grossesse, d'autres fois un désir de bébé, qu'elles sont en devenir de maternité et que c'est leur bébé, qu'elles portent, qui les fait devenir mère. Et c'est le père, que quelquefois on qualifie de géniteur, qui les fait devenir mère, dans la mesure où la mère les autorise à être reconnus comme tels. Et vous savez bien que maintenant, dans notre pays, plus de la moitié des enfants naissent de mères non unies par le mariage à leur père, dont le rôle social était précisément d'être reconnu comme tel en déclarant la naissance de leur enfant pour faire une famille. En langage psychiatrique pour advenir à ses potentialités il faut être attendu dans la triangularité c'est-à-dire avec un père, un vrai père, une mère, une vraie mère et c'est l'enfant qui fait la triangularité. Vous savez bien que si la maternité est déniée, ou la paternité déniée et bien cela devient difficile et le risque alors est le « déni de naissance » ou le « déni d'enfant à naître ». Vous savez aussi, et les femmes ou les sages femmes le savent peut être encore mieux, que le bébé avant d'être réel, est imaginaire, tout beau, comme toute mère rêve son enfant pendant la grossesse ou avant l'échographie ; l'enfant est merveilleux. Or la médecine et son intrusion notamment pour tout voir (ou penser tout voir) va très souvent casser cette image merveilleuse, en tout cas d'enfant merveilleux imaginaire et le rendre, en le rendant concret, le rendre éventuellement dénié. « Déni du traumatisme psychique » que représente la naissance qui peut être traumatisante et pas seulement pour la mère ou celle qui met au monde son enfant, qui devient mère, et ce traumatisme de la naissance est renforcé quand il n'y a pas eu anticipation de cette naissance ou quand l'accouchement survient en dehors de tout soutien médical ou même de tout soutien d'un proche. Et vous avez compris ce matin, avec la description qui a été faite, l'importance du travail psychique. Si ce travail psychique n'a pas été fait, il va devoir être fait après. « Déni de l'enfant à naître » ou « déni du nouveau-né », « déni du nouveau-né ou déni de l'enfant tout simplement », « déni de l'enfant ou déni de lien social » ? Ce sont quelques questions en simple introduction aux

trois exposés. Je voudrais remercier à nouveau les organisateurs. Je voudrais remercier mon amie Eliane Felmann Desrousseaux avec qui pendant vingt ans j'ai conduit un travail de réflexion sur la dimension psychologique de la naissance, résumée dans un livre « Naître aujourd'hui une autre pratique de la médecine périnatale » édité dans les années 90 . Ce parcours commun nous a permis de comprendre, peut être un peu mieux le déni de grossesse et c'est à ce titre là que je suis ici. Je remercie maintenant les orateurs et vous les participants à ce colloque. Je vous remercie d'être là parce que grâce à vous, nous allons aujourd'hui progresser un peu plus dans cette question du déni de grossesse qui nous réunit. Elle nous réunit dans la solidarité humaine qui fait lien à travers les générations qui nous ont précédés et celle que nous précédons. A travers vous, c'est-à-dire à travers le lien transdisciplinaire et le lien transgénérationel ce sont les liens de la solidarité humaine, les liens sociaux, ici et maintenant porteurs « l'advenir de la transmission de la vie » qu'il s'agit de renforcer.

L'accueil d'une femme souffrant de déni de grossesse : vécu de sage - femme en salle de naissance

Conchita GOMEZ
Sage-femme
Membre du conseil d'administration du
Collège National des Sages-femmes[1]

Le Docteur Félix Navarro président de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse m'a demandé d'intervenir lors de ce 1er Colloque sur le déni de grossesse pour vous faire partager mon expérience de sage-femme. Et j'ai donc choisi de vous relater trois situations[2] de déni de grossesse que j'ai vécues en salle de naissance.

Je suis sage-femme et je travaille depuis une dizaine d'années au Centre Hospitalier d'Arras dans le département du Pas-de-Calais. Notre maternité est une maternité de niveau III, qui fait plus de 2 000 accouchements par an. Chaque année, nous accueillons 4 à 5 femmes présentant un déni de grossesse soit total soit partiel.

Dans le service, il n'y a pas de protocole écrit de prise en charge en salle de naissance. Nous avons par contre un protocole de prise en charge et de suivi avec le service de Protection Maternelle et Infantile qui dépend du Conseil Général 62. Dans le cas d'une admission ou après la consultation ou après l'accouchement d'une femme présentant un déni de grossesse les sages-femmes de garde doivent appeler le service de PMI qui est joignable 24h/24, pour

[1] Service de gynécologie-obstétrique du Dr Pierre Marquis, Centre Hospitalier d'Arras, 62022 ARRAS
conchitagomez3@wanadoo.fr
[2] Les prénoms ont volontairement été changés pour conserver l'anonymat.

mettre en place soit un suivi de grossesse soit un suivi dans le post-partum immédiat et au retour à la maison.

Qu'est-ce que l'on entend par déni?

Même si le Larousse (édition 2008), définit le « déni », l'expression « déni de grossesse » n'est définie dans aucun des dictionnaires spécialisés grand public (Larousse médical 2008, Petit Larousse des futures mamans 2008, dictionnaire du corps chez PUF 2007, Petit Larousse de la médecine 2007, Petit Larousse de la sexualité 2007, Petit Larousse de la psychologie 2005) ou médicaux consultés : Garnier Delamare, Dictionnaire de médecine Flammarion 2008, Dictionnaire de gynécologie-obstétrique français-anglais PUF 1999, Dictionnaire des maladies, édition Maloine 2002.

Lors mes études j'ai appris que pour la psychanalyse le déni est un mécanisme de défense qui consiste à nier une perception traumatisante. Guère plus.

Première observation : Marie 22 ans

Nous sommes en 2005, Marie, une jeune femme de 22 ans, étudiante en licence de lettres, vit chez ses parents. Elle est bien insérée socialement. Elle se présente aux urgences de la maternité pour douleurs abdominales et troubles du transit. Elle a été amenée par une voisine, également étudiante. C'est donc une jeune femme qui, d'emblée quand elle arrive, est à dilatation complète. Elle a donc de fortes contractions, très douloureuses, et pourtant, elle ne dit pas qu'elle est enceinte et prétexte qu'elle a des douleurs abdominales et des troubles du transit.

Elle accouche. En dix minutes, la tête du bébé est à la vulve. Elle est silencieuse, c'est-à-dire qu'elle ne crie pas, elle ne manifeste aucun sentiments, comment dire, elle est passive… sans montrer sa douleur…la communication n'est ni verbale, ni gestuelle. Elle a accouché d'un petit garçon de 3 700 grammes, comme ça, dans le silence. C'est une femme qui mesure à peu près 1,78 m, avec un rapport poids-taille inférieur à la normale. Je soupçonne donc, que c'est une jeune femme qui est anorexique. Je n'ai pas de document qui puisse l'affirmer, mais le calcul d'indice de masse corporelle le confirme facilement.

Je peux vous assurer que lorsque, je l'ai vue déshabillée sur la table d'examen cette femme avait une hauteur utérine très petite et qui ne correspond pas du tout à l'enfant de 3700 g. qui vient de naître. C'est le premier élément qui m'a interloquée en tant que sage-femme. La seule demande de cette jeune femme était d'accoucher sous « X ». Elle ne souhaite ni avoir son bébé sur son ventre ni le voir.

Marie, puisque nous l'appellerons ainsi, est très calme, très silencieuse, très sûre d'elle. Après l'accouchement, au bout de 10 minutes, je lui ai laissé un petit peu de temps pour savoir si elle voulait avoir auprès d'elle son petit garçon et en fait elle ne voulait toujours pas.

Le dialogue était assez difficile, parce qu'elle restait constamment dans le silence, on ne savait pas exactement ce qu'elle voulait. Et donc la seule chose qu'elle a demandé au bout d'une demi heure était de savoir si le petit garçon était normal et s'il portait la même malformation qu'elle.

Suite à cela, elle a commencé un peu à s'exprimer par rapport à la relation qu'elle avait avec sa mère qui était très difficile, je dirais conflictuelle, une relation douloureuse. Alors, elle commence à pleurer, à exprimer sa souffrance… Le nouveau-né est dans son berceau, dans la salle de soins bébé, attenante à la salle de naissance… il pleure. Marie pleure allongée sur la table d'accouchement et entend sans doute son bébé pleurer… Elle réitère sa demande d'accouchement sous « X ». 45 minutes après la naissance, une personne se présente aux urgences de la maternité. C'est la maman de cette jeune femme. Elle aussi est en pleurs et à la recherche de sa fille. Elle me demande *« Est ce que vous auriez vu Mademoiselle M ?... C'est ma fille… je sais qu'elle est sur le point d'accoucher, mais je ne sais pas dans quelle maternité ».* Tenue par le secret médical, je lui ai répondu que non. Alors que c'est moi qui venait d'accoucher sa fille. Deuxième coup de sonnette, c'est maintenant l'ami de cette jeune femme qui se présente aux urgences. Il sait aussi que Marie souhaite abandonner l'enfant. Il nous dit *« Je sais que Marie est là, je veux voir mon enfant…je veux le déclarer… ».* Marie refuse de le voir et il repart… Comme il n'y avait pas eu de déclaration de grossesse, ni de reconnaissance anticipée de la part du père, celui-ci n'avait aucun droit sur le plan juridique par rapport à cet enfant. Le service de Protection Maternelle et Infantile est immédiatement prévenu.

Cette situation de déni de grossesse a été difficile à vivre pour moi et je crois pour chaque personne présente avec moi durant la garde. Nous avons (sages-femmes et auxiliaires) vécu en moins d'une heure une situation émotionnelle d'intensité inhabituelle. Projetée au cœur d'une famille et où la communication est difficile voire absente où la place de chacun n'est pas définie, où les liens sont fragiles…

Quatre membres d'une même famille dans l'impossibilité de communiquer, chacun pleure sa souffrance dans la solitude la plus complète.

Cette situation de déni de grossesse qui se présente à nous, nous plonge dans le désarroi et un total dénuement malgré l'issue heureuse de la grossesse. Beaucoup d'interrogations quant au déni de grossesse total ? partiel ? Que s'est-il passé dans l'esprit de cette jeune femme pour s'être isolée autant de sa famille ? Des interrogations quant à l'application du secret médical, alors qu'on a envie de réunir toutes ces personnes autour d'une table et de leur proposer de s'écouter… Des interrogations quant à notre formation, à la prise en charge ?

Deuxième observation : Jennifer 14 ans, collégienne

Nous sommes en 2006. Jennifer est une adolescente de 14 ans, primipare et primigeste. Elle est amenée par les pompiers sur un brancard à 4 h du matin aux admissions de la maternité. Elle est très agitée et dolente. L'examen clinique montre qu'elle est à dilatation complète et le fœtus est à la vulve. Elle a des envies de poussée. Elle est accompagnée de sa mère qui vient d'apprendre 20 minutes avant la grossesse de sa fille qui a 14 ans. Je diagnostique d'emblée un contexte d'accouchement imminent. Il s'agit d'un accouchement très rapide et très douloureux. Jennifer injurie toutes les personnes présentes : les sages-femmes, sa mère, l'auxiliaire. Elle se débat… 5 minutes après son installation en salle de naissance, Jennifer accouche d'un garçon de 3 500 grammes. Elle a un rejet immédiat de l'enfant *« Je ne veux pas le voir,…, non, retirez-le de mon ventre… J'en veux pas… J'en veux pas de ça, il ne faut pas me le mettre sur le ventre, je ne veux pas le voir »*,…, « *Je ne sais pas ce que c'est »*. En même temps la maman de Jennifer lui répondait *« De toute façon, c'est mon petit-enfant, … Si tu le souhaites, je vais pouvoir t'aider… Je vais m'en occuper pendant que tu iras à l'école »… « Mais si, tu vas le garder, parce que c'est ton bébé et qu'il faut que tu apprennes à le connaître ».* Et Jennifer de lui répondre *« Mais qu'est-ce qu'on va dire à l'école ? ».*

De la salle de naissance, Jennifer pouvait observer les soins que l'on donnait au bébé. L'auxiliaire lui apporte son bébé et la questionne pour le prénom. Au départ nous n'obtenons que des refus… Après 15 minutes, Jennifer commence à communiquer avec son bébé : lui touche la main, le visage… Et puis elle lui donne un prénom… Puis Jennifer fini par prendre son bébé dans ses bras. Durant les deux heures de surveillance du post-partum, la relation mère-enfant s'établit doucement. Le service de Protection Maternelle et Infantile est prévenu. Durant le séjour en maternité, Jennifer montre ses capacités à être maman et sa bonne entente avec sa propre mère. Elle rencontre le pédopsychiatre et la psychologue. A la fin du séjour, en suites de couches, toute l'équipe de la maternité (gynécologue-obstétricien, sages-femmes, pédiatres, auxiliaires,

puéricultrices), en concertation avec le service de PMI est d'accord pour la laisser repartir dans sa famille avec son bébé sans nécessairement passer dans un centre spécialisé pour mère-adolescente. Un suivi par la PMI est mis en place.

Jennifer, âgée de 14 ans, est une enfant qui est normalement scolarisée en 5ème, vivant avec ses frères et sœur chez sa mère. Les conditions socio-économiques sont difficiles. La mère est veuve depuis deux ans et élève seule ses 4 enfants. Après Jennifer, il y a un petit garçon de 10 ans. La mère de Jennifer fait des ménages et enchaîne des petits boulots. Cette grossesse survient à l'adolescence de Jennifer période difficile également.

Lors de cet accouchement rapide et douloureux, Jennifer passe du stade enfant à celui de femme. Elle l'exprime par ses mots et se défend vigoureusement lors de l'expulsion. Quant à la maman elle reste en retrait de la table d'accouchement, mais toujours proche de sa fille et, avec nous, en bonne communication verbale.

Après la naissance nous discutons avec la maman. Nous lui posons quelques questions *« Vous n'avez pas vu que votre fille était enceinte ? » « Non, j'ai juste remarqué que Jennifer ne voulait plus allez à la piscine et qu'elle avait pris du poids… ».* Nous constatons que la maman de Jennifer se sent coupable de ne pas avoir vu que sa fille était enceinte. *« Qu'est-ce que vous comptez faire pour Jennifer ? » « Je vais m'occuper de ma fille et de mon petit-fils ».*

Cette seconde situation de déni de grossesse a été pour nous plus facile à vivre car il n'y avait pas vraiment de problèmes profonds de communication entre Jennifer et sa famille. L'issue de la grossesse est heureuse ; l'enfant et la jeune mère en bonne santé tous les deux. L'essentiel était là, l'établissement de la relation mère enfant dans un cadre familial assurant sécurité et affection.

Troisième observation : Cécile 31 ans, mère de deux enfants

Nous sommes en 2007. Il s'agit d'une femme de 31 ans mariée, deux enfants, sans activité professionnelle. Elle travaillait en mairie et avait arrêté son activité depuis 5 ans. Son mari était commercial et il se déplaçait fréquemment en France, et donc, elle était souvent seule à la maison.

Elle se présente aux urgences de la maternité tard dans la soirée, adressée par son médecin traitant, qui indique dans sa lettre « Je vous adresse cette patiente présentant une tumeur abdominale… ». Elle passe d'abord par les urgences pour ce motif de consultation. Puis nous est adressée par l'interne des urgences pour grossesse. La mesure de la hauteur utérine et une échographie nous indiquent une grossesse d'environ 8 mois (35 semaines d'aménorrhée). Elle présente des contractions, le toucher vaginal

montre qu'il n'a pas d'accouchement imminent. Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions est réalisé, dont le résultat est normal. Nous proposons un suivi de grossesse multidisciplinaire. Après 30 minutes d'entretien elle évoque la possibilité d'accoucher sous « X ». Elle souhaite être informée des modalités d'un accouchement sous « X »… Durant tout l'entretien Cécile est dans une sorte d'ambivalence. Cécile a du mal à accepter le diagnostic de sa grossesse. Elle dit ne pas comprendre qu'on lui dise qu'elle est enceinte *« Je ne comprends pas, pourtant j'étais réglée normalement… »*. Elle n'évoque aucun des symptômes dits sympathiques de grossesse. A la question *« Sentez-vous votre bébé bouger ? »* Elle répond *« Non, mais j'ai plus de gaz ».* Et dans le même laps de temps, elle se défendait d'avoir eu un comportement dangereux pour le bébé : *« J'ai fait attention de ne pas boire…de ne pas prendre de médicaments ».* Le dossier obstétrical est constitué. Nous lui demandons si elle souhaite accoucher dans notre maternité. Elle nous répond *« Oui ».* Plusieurs rendez-vous sont pris tout de suite, la sage-femme de PMI, l'anesthésiste, la psychologue, la conseillère conjugale.

Après une heure d'entretien, elle évoque la possibilité d'accoucher sous « X ». Elle montre qu'elle est consciente de sa grossesse en disant *« Je ne voulais pas être enceinte, parce que mon mari me laisse toute seule parce que c'est le troisième enfant, en fait, je voulais faire autre chose que rester à la maison ».* A la fin de l'entretien un rendez-vous est fixé une semaine après, pour faire le point sur ce qu'elle souhaite pour cette grossesse et lui laisser le temps de rencontrer une conseillère. L'équipe de PMI est prévenue. Elle ne vient pas à son rendez-vous. Entre-temps Cécile a consulté dans une deuxième maternité. Et puis elle accouche sous « X » quinze jours après à 38 SA dans une troisième maternité.

Cette troisième situation de déni de grossesse a été vécue par nous comme un échec. Nous pensions avoir établi une relation de confiance avec Cécile. Nous pouvons tout de même nous féliciter de l'issue heureuse de la grossesse pour la mère et l'enfant : l'accouchement sous « X » a permis à cette femme d'accoucher de son bébé dans une maternité en toute sécurité.

Je n'ai exposé ici que trois situations de déni de grossesse dont l'issue est heureuse car les accouchements sont intervenus en maternité. La femme et l'enfant sont tous les deux en bonne santé. Nous avons vécu d'autres situations où l'enfant est mort et la mère a été hospitalisée en maternité puis incarcérée pour « homicide volontaire ».

De ces trois situations nous pouvons dégager quelques constats :

- le déni de grossesse touche sans distinction toutes les femmes et à tout âge. Qu'elles que soient leurs conditions socio-économiques, leur parité, leur expérience de vie
- le déni de grossesse partiel quand il est levé durant la grossesse ou total au moment de l'accouchement nous a permis de contribuer à une issue non dramatique
- très peu d'éléments de physiopathologie du déni de grossesse partiel ou total nous sont connus et encore moins enseignés à nous, sages-femmes,
- le déni de grossesse soulève beaucoup d'interrogations pour les équipes : s'agit-il d'une affection psychiatrique ponctuelle et réversible ? Comment mieux les repérer ? Comment établir la relation-mère enfant à l'accouchement sans être traumatisant pour la femme et l'enfant ? Comment communiquer avec une femme souffrant d'un déni de grossesse ?
- le déni de grossesse m'apparaît renforcé par le déni de la médecine, qui ne le connaît pas encore, et qui ne l'enseigne pas aux étudiants des professions de santé,

De ces trois situations nous pouvons dégager quelques pistes de réflexions :

- une réflexion pluridisciplinaire, comme ici dans ce colloque, permettra, je pense, d'améliorer la qualité de la prise en charge
- il est urgent d'inscrire le déni de grossesse au DSM-IV-TR, pour soustraire à la justice les femmes souffrant du déni de grossesse et dont l'issue de la grossesse se termine par le décès de l'enfant.

Négations de grossesse et gestation psychique

Benoît BAYLE
Docteur en médecine, docteur en philosophie
Pédopsychiatre
Praticien hospitalier, psychiatre des hôpitaux[1]

Une femme éprouve soudainement de violentes douleurs abdominales, qu'elle attribue à la mauvaise digestion d'un aliment. Quelques minutes plus tard, elle accouche d'un enfant à son domicile. À aucun moment, elle ne s'était aperçue de son état de grossesse. Cet exemple illustre de façon caricaturale ce que les cliniciens désignent sous le terme de déni de grossesse. Les situations rencontrées sont multiples. D'autres formes de négations de grossesse se rencontrent et témoignent de tableaux cliniques divers. Par exemple, une jeune femme s'aperçoit de l'arrêt de ses règles, mais attribue ce changement à un retard de son cycle menstruel. Elle reconnaît avoir meilleur appétit et prendre du poids, mais ce surpoids correspond dans son esprit à ses variations pondérales habituelles. Un jour, elle ressent des douleurs au ventre et consulte son médecin par crainte d'une appendicite. Le médecin lui-même se laisse abuser et l'échographie prescrite pour douleur abdominale découvre une grossesse de cinq mois. Cette vignette illustre ce que certains auteurs désignent sous le terme de dénégation de grossesse ; d'autres praticiens emploient le terme de « déni partiel » de grossesse, par opposition au « déni total », évoqué auparavant. Ailleurs, une jeune étudiante reconnaît son état de grossesse, mais se trouve dans l'incapacité de le dire à son ami ou à ses parents ; elle dissimule activement la grossesse, accouche dans le secret et confie son enfant à l'adoption. Nous parlerons dans ce dernier exemple d'une dissimulation de grossesse. Si le processus est d'apparence consciente, il n'en est par pour autant clairement volontaire, et y compris dans ces situations, certains aspects semblent échapper à la conscience. Au total, « la négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état » (Dayan, 1999).

[1] C. H. Henri EY - 32, rue de la Grève – 28800 Bonneval (France). E-mail : benoit.bayle@orange.fr

La négation de grossesse constitue un véritable enjeu de santé, physique et mentale, pour la femme comme pour l'enfant. Cependant, elle représente un symptôme énigmatique, difficile à comprendre, mais qui nous fait prendre conscience d'une réalité incontournable : à côté de la gestation somatique, il existe une gestation psychique, dont il importe de rendre compte si nous voulons comprendre le déni de grossesse, car ce symptôme illustre de façon éloquente, a contrario, la gestation psychique. Nous pressentons en effet que la gestation psychique ne s'est pas établie de façon ordinaire dans le déni de grossesse, elle ne s'est pas mise en route, ou plutôt, elle a bien eu lieu, mais elle est survenue selon une modalité pathologique, celle du déni. Si l'on accepte ici l'hypothèse d'un phénomène d'ordre psychologique, cela suppose un mécanisme actif quoique inconscient de la part du psychisme qui s'emploie à dissimuler la grossesse et qui cache ainsi son principal acteur : l'enfant à naître. Il en résulte alors une absence de relation consciente à l'enfant à naître, durant la gestation.

1. – La gestation psychique

Les remaniements psychiques de la grossesse

Il reste difficile d'évoquer la période prénatale sans souligner les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. La conception de l'enfant provoque chez la femme un véritable raz de marée émotionnel, un bouleversement dont les aspects physiologiques sous-jacents, notamment hormonaux, ne doivent pas faire oublier la hauteur des enjeux psychologiques. La grossesse représente véritablement une période de crise identitaire et de maturation psychologique pour la femme qui devient mère.

Le psychanalyste anglais Donald Winnicott a employé, dès 1956, le terme de préoccupation maternelle primaire pour décrire cette hypersensibilité particulière, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une, et qui sensibilise la femme enceinte aux besoins de son enfant après la naissance.

Dans les années 50, le pédiatre Ted Berry Brazelton a également exprimé son étonnement : les femmes enceintes qu'il examine présentent un état d'anxiété qui lui semble pathologique. La bizarrerie des matériaux inconscients exprimés et l'univers fantasmatique de ces femmes l'inquiètent. Il redoute des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance. Cependant il n'en est rien. Ces mères s'adaptent parfaitement à leur nouveau rôle.

En France, le psychiatre Paul-Claude Racamier utilise, en 1979, le terme de maternalité pour décrire les processus psychiques en oeuvre au cours de la grossesse. Selon cet auteur, la femme a tendance à s'aimer plus fortement durant la grossesse. Elle aime

indistinctement son propre corps et l'enfant qu'elle porte. Son fonctionnement psychique évolue : elle établit un rapport à autrui plus indifférencié, comme si elle seule existait.

Plus récemment, dans le prolongement de ces travaux, la psychanalyste Monique Bydlowski a employé le terme de transparence psychique. La vie psychique de la femme enceinte se manifeste avec une authenticité particulière, une « transparence » perceptible dès le début de la grossesse. Les remémorations infantiles vont de soi, et ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'inconscient est comme à nu, il ne rencontre pas la barrière du refoulement.

Ces modifications psychologiques s'observent sur le terrain. Les sages-femmes qui rencontrent une femme enceinte à son domicile et se mettent dans une position d'écoute et d'attention, savent que l'entretien sera parfois long, très long, car la femme enceinte mise en confiance lui livrera ses soucis, ses espoirs, ses craintes, n'hésitera pas à parler sans retenue des difficultés qu'elle a rencontrée au cours de son existence. Le psychiatre note aussi la façon particulière dont la grossesse peut sensibiliser la femme à son passé et l'entraîner vers des démarches qu'elle n'aurait jamais entreprises si un bébé n'était dans son ventre. Par exemple, Gisèle porte plainte, au cours de sa grossesse, contre son père qui l'a maltraitée sexuellement alors qu'elle était plus jeune. Dans d'autres cas, certaines femmes paraissent éprouver un intense besoin que l'on s'occupe d'elle, faisant abstraction du temps et des réalités.

La nidification psychique

Ce bouleversement psychique a souvent été interprété dans une perspective finaliste : il prépare la femme à s'occuper de son enfant. Mais cette finalité adaptative ne doit pas faire oublier une autre réalité… Si nous regardons ce qui se passe au départ (la conception) avant de nous préoccuper de l'arrivée (la naissance), il faut s'interroger sur le rapport de causalité possible entre d'une part les transformations psychiques dont nous venons de parler, et d'autre part l'intrusion de l'être humain conçu dans l'espace corporel et psychique de la femme.

En effet, la conception impose à la femme la présence de l'être humain conçu à l'intérieur de son appareil génital ; la femme doit établir progressivement avec l'être en gestation une forme inhabituelle de relation, où autrui, inconnu et non connaissable, se trouve enserré à l'intérieur de soi. Au terme de ce tour de force, la femme, transformée dans son identité, accède au statut de mère, ou se trouve mère à nouveau. Le travail psychique est colossal et il convient d'en comprendre l'origine et le déroulement si nous voulons parallèlement saisir les enjeux du déni de grossesse.

D'après le psychanalyste français Paul-Claude Racamier, la relation d'objet est modifiée au cours de la grossesse ordinaire. Qu'est-ce que la relation d'objet ? En psychanalyse, il s'agit, schématiquement, de la relation que chaque individu a au monde et à autrui. Le terme d'objet signifie ce qui est investi par la pulsion, mais il exprime aussi ce qui est objet d'attirance, d'amour – en général, une personne. La présence de l'Autre en soi modifie la donne dans la relation d'objet habituelle : comme le fait remarquer Racamier, *« la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. »* Et du même coup, *« le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défense élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel ; […] le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile. »* Et l'on peut dire que le fonctionnement psychique de la femme enceinte s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité psychotique.

Dans l'état de grossesse, on comprend que le mécanisme d'indifférenciation entre soi et autrui pourrait témoigner de la réaction du psychisme féminin à la présence de l'être en gestation, et par conséquent de la « greffe » biopsychique de l'être humain conçu. C'est dire l'intérêt du concept de nidification psychique, terme que j'ai emprunté à Sylvain Missonnier. La grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu. C'est en effet quelque chose d'incroyable pour le psychisme de la femme d'être charnellement en relation avec un autre que soi, à l'intérieur de soi-même. Cette modalité du rapport à autrui, spécifiquement féminine, a un caractère exceptionnel, comme l'a montré fort justement la philosophe Edmée Mottini-Coulon. D'ordinaire, l'Autre est extérieur à soi. Il ne peut être moi, et c'est tout le sens du développement psychologique que d'aboutir à une telle différenciation du petit d'homme, après sa naissance. En se nichant dans le corps maternel, l'être humain conçu impose donc à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être soi et autrui, en même temps.

Parler de nidification psychique signifie par conséquent que l'enfant en gestation déclenche, dès le début de la grossesse, une réaction psychologique d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique. Nous pouvons raisonnablement penser que cette nidification psychique ne s'opère déjà pas de façon ordinaire dans le cadre des négations de grossesse. Pour illustrer cela avec une image, je dirais que dans la grossesse ordinaire, c'est un peu comme si le psychisme se disait à lui-même : *« Je ne sais vraiment plus qui est moi et qui est toi, qui est lui »* (indifférenciation soi-autrui) ; dans le déni de grossesse, le psychisme se dirait plutôt : *« Ah non, ici, il n'y a que moi et personne d'autre, un point c'est tout ! »* (négation de la présence d'autrui à l'intérieur de soi).

Les représentations maternelles pendant la grossesse

Mais revenons à la grossesse ordinaire. En effet, les choses n'en restent pas là. S'amorce en effet la période de gestation psychique proprement dite. Peu à peu, une activité de représentation mentale à la fois nouvelle et spécifique se développe au cours de la grossesse, dont la période la plus active se situe entre le quatrième et le septième ou huitième mois de la grossesse. En 1999, le psychanalyste Massimo Ammaniti et ses collaboratrices ont exposé une importante recherche sur les représentations maternelles au cours de la grossesse. Cette équipe de chercheurs a fait passer des entretiens standardisés à des femmes enceintes et a montré que, progressivement, l'image de l'enfant s'affirme dans le psychisme maternel.

De cette étude, mais aussi de l'expérience clinique, il ressort que la femme construit une image différenciée de son enfant, elle lui attribue progressivement un tempérament, des qualités héritées des différents membres de la famille. Cette construction imaginaire s'établit notamment à la faveur des mouvements du fœtus à l'intérieur de l'utérus. Par exemple, si l'enfant bouge beaucoup, la mère l'identifie à son propre caractère, parce qu'elle-même est une femme active ; ou bien, elle identifie ce trait à celui de son mari qui est un « agité ». Si l'enfant à naître est calme, c'est un enfant sage et tranquille qu'elle porte. Mais attention ! Cette anticipation peut faire écho au tempérament objectif de l'enfant in utero. Elle peut aussi s'établir sur un autre mode représentatif, par exemple dit désinvesti : dans ce cas, l'enfant est perçu comme un « calme » parce que la mère prête peu attention à lui, il ne change rien dans sa vie de femme devenant mère, il est sage, tranquille, avant tout parce qu'elle remarque peu sa présence et qu'il ne doit d'ailleurs pas la déranger. Ailleurs, la femme anticipe un style relationnel déjà marqué par la conflictualité. L'enfant à naître est tout le contraire de ce qu'elle voudrait, ou bien il fait exprès de lui donner des coups pour l'embêter. Dans d'autres cas encore, ces représentations sont bloquées et ne parviennent pas à émerger, par exemple par crainte de s'attacher à l'enfant, lorsque la femme a connu la mort d'un enfant précédent.

Parallèlement, la femme anticipe la façon dont elle va être mère, en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère et en imaginant également la relation qui l'unira à son enfant. Cette relation anticipée peut être réaliste, à la fois paisible et en adéquation aux besoins de l'enfant. La femme s'imagine par exemple qu'elle tient son enfant dans les bras et lui donne de la chaleur, elle réfléchit aux rythmes qu'elle donnera à son bébé et s'inquiète à l'idée de comprendre ses pleurs. Elle ne sera *« surtout pas comme sa propre mère qui était trop protectrice ».* Elle laissera de la liberté à son enfant. Les représentations s'organisent alors en un ensemble

cohérent et riche ; la femme se prépare à son rôle maternel de façon adaptée. Dans des situations où l'anticipation est marquée par un faible investissement émotionnel, la femme imagine par exemple son rôle de mère sans créativité, reproduisant le style maternel de sa propre mère, qui était pourtant une femme rigide, peu affectueuse, laissant ses enfants se coucher seuls et tôt pour s'assurer de la tranquillité. Les représentations de son rôle de mère sont réduites, peu investies affectivement, conventionnelles, répondant à des stéréotypes sociaux. La femme reste à distance de la grossesse.

Au total, ces deux sortes de représentations, les unes autour de l'enfant à naître et les autres autour du rôle maternel, contribuent à forger un espace interne de relation avec l'enfant. Un véritable espace maternel de gestation psychique se construit, c'est-à-dire un espace de pensées, de représentations, en lien avec la venue de l'enfant. L'enfant en gestation amène la femme à ce qu'elle pense à lui, à ce qu'elle se prépare à l'accueillir, matériellement et affectivement ; il invite la femme à devenir mère et à nouer une relation avec son bébé. Cet espace psychique de gestation est important, car il dessine les contours de la relation à venir entre la mère et l'enfant. On peut peut-être même y décrypter la qualité de l'attachement à venir, comme l'a suggéré Massimo Ammaniti dans une autre étude. Il est également possible d'y rechercher des problématiques potentiellement, sinon déjà, pathogènes qui perturbent le lien mère-enfant en construction.

Dans le cadre des négations de grossesse, l'espace maternel de gestation psychique ne se constitue pas de façon normale. Il peut en résulter un trouble futur de la relation mère-bébé. Par exemple, j'ai reçu en hospitalisation un jeune adolescent dont la mère avait présenté un déni « total » de grossesse. Elle avait accouché à la maison, alors qu'elle croyait avoir la diarrhée. Elle présentait vraiment une difficulté à se représenter le lien affectif à son enfant. Elle ne lui donnait pas certaines nouvelles importantes et son enfant s'inquiétait de ce fait, sans qu'elle puisse comprendre qu'elle aurait pu faire autrement. Les négations de grossesse représentent incontestablement un enjeu pour la relation mère-bébé. Cela ne signifie guère pour autant que cette relation est déjà prédéterminée une fois pour toute. Certaines femmes se sentent en grande difficulté pour accueillir leur enfant ; d'autres l'accueilleront volontiers, au risque d'éprouver cependant une grande culpabilité à ne pas s'être rendues compte qu'elles étaient enceintes.

L'être en gestation et son identité conceptionnelle

Un point important mérite d'être discuté à présent. Nous avons parlé de l'espace de gestation psychique comme d'un espace de relation entre la mère et l'enfant à naître. Cet espace se construit de façon particulière au cours du déni de grossesse, puisque la

relation qui s'est nouée a consisté en une négation de la présence de l'enfant. On pourrait penser que cet espace de relation mère / être en gestation est seulement l'affaire de la femme et de son imaginaire. En fait, il n'en est rien. L'espace psychique de gestation ne se construit pas seulement en fonction de ce qu'est la femme, de son histoire, de son psychisme et de ses projections, mais aussi en fonction de ce qu'est l'être humain conçu et de ce que j'appelle son identité conceptionnelle.

Voyons ce que cela signifie concrètement et les conséquences pour notre compréhension du déni de grossesse. Cette notion d'identité conceptionnelle m'est apparue en consultant le dossier médical d'un enfant issu d'un inceste, qui avait appris son origine vers l'âge de douze ans. Ce jeune homme était obsédé par son origine incestueuse et par le désir de mourir. Selon lui, il devait être malade mental, puisqu'il était l'enfant d'un inceste, et il ne devait pas exister, ni être en vie. Il finit par se suicider. En fait, être conçu d'un viol ou d'un inceste constitue une détermination d'ordre psychosocioculturel, qui qualifie l'être humain dès sa conception et définit une partie de son identité. Dans ce cas extrême, nous apercevons que l'être humain conçu ne se définit pas seulement dans le registre biologique, mais aussi dans le registre psychosocioculturel. Mais de façon générale, tout être humain conçu possède une identité conceptionnelle, qui répond aux questions : *« Qui suis-je ? », « D'où est-ce que je viens ? ».* Mon propre corps me pose ces questions fondamentales : *« A qui dois-je la vie ? », « Quelle est l'histoire de ceux qui m'ont conçu ? »*, etc. En réalité, avant d'être fils ou fille de …, nous sommes tous *« être conçu de tel homme et de telle femme, à tel moment de l'histoire de l'humanité et en tel lieu du monde »*, et cette identité conceptionnelle participe à la construction de notre identité personnelle.

Cette notion d'identité conceptionnelle est une façon de comprendre que l'être en gestation dès sa conception n'est pas seulement un amas cellulaire, un corps biologique ; il est porteur déjà d'une subjectivité propre, il est véritablement un corps subjectif, capable de transformer autrui dans sa subjectivité même par ce qu'il est. C'est particulièrement explicite avec le cas de l'être humain conçu après un viol : cette identité particulière d'être conçu après un viol a un véritable pouvoir de transformation subjective de la femme qui devient mère d'un enfant conçu d'un viol… ce qui n'est pas rien ! Mais il en va de même de l'être conçu d'un homme et d'une femme qui s'aiment : il a le même pouvoir de transformation subjective, en invitant la femme à porter un enfant qui incarne l'amour de l'homme qu'elle aime.

Étudions à présent l'impact de l'identité conceptionnelle sur la grossesse et sur l'espace psychique gestationnel de la maman. Voici un exemple. Après avoir été violée, Thérèse mène une vie sexuelle

désordonnée avec des partenaires multiples. Elle tombe enceinte, ignore qui est le « père » de son enfant, et mène sa grossesse avec culpabilité. Elle ne pourra dire à l'enfant quel est son géniteur… Si l'on en croit les propos de la mère quelques années plus tard, l'espace de gestation psychique s'est construit dans cette culpabilité d'ignorer la véritable identité conceptionnelle de l'enfant, et nous retrouvons cette problématique plusieurs années plus tard : la mère est incapable de faire face, de façon cohérente, à cette question du géniteur de l'enfant. Elle hésite et lui désigne au fil du temps plusieurs pères (tous faux biologiquement parlant), ce qui est un aveu inconscient de l'origine de l'enfant : *« J'ignore qui est ton père »*, semble-t-elle dire.
Dans le cadre du déni de grossesse, il me semble qu'un certain nombre de situations s'expliquent par ce rapport intime de la mère à l'identité conceptionnelle de son enfant à naître, par ce pouvoir particulier de subjectivation de l'être humain conçu. La gestation psychique est inconcevable, et s'opère sur le mode du déni, parce que l'enfant à naître incarne quelque chose d'inconcevable pour la femme ; son identité conceptionnelle projette la mère dans une relation mère-enfant inconcevable, parce que honteuse ou traumatique. Ici il n'y a pas de causalité déterministe et systématique. C'est le cas de chaque femme singulière avec un enfant à naître singulier. Mais il semble que certains contextes de conceptions favorisent un déni de grossesse, comme cela se rencontre par exemple avec l'enfant issu du viol ou de l'inceste, et parfois aussi lorsque l'enfant est issu d'une relation adultérine. Dans ces cas, la femme ne parvient pas à construire un espace de gestation psychique avec son enfant, car celui-ci est inconcevable pour son propre psychisme, du fait de son identité conceptionnelle particulière.

L'espace maternel de gestation psychique : un espace de relation

En réalité, comme nous le voyons, il faut comprendre que ces étapes de la grossesse ont une valeur organisatrice des relations futures entre la mère et l'enfant. Sur le terrain, les praticiens constatent régulièrement cette continuité entre diverses problématiques psychologiques qui affectent déjà la relation maternelle ou familiale à l'enfant à naître, et les difficultés rencontrées après la naissance.

Prendre en compte la gestation psychique dans le cadre des négations de grossesse, peut donc nous aider non seulement à mieux appréhender les mécanismes psychiques qui concourent à la formation de ces symptômes, mais aussi à mieux en mesurer les enjeux. En effet, la relation mère-enfant s'établit à son début par l'absence de conscience de la présence de l'enfant à naître dans son ventre, voire par la négation de cette présence, ce qui n'est pas rien !

La mère a eu, sans le vouloir, une relation d'un genre très particulier avec son enfant, ce qui d'ailleurs lui donne à éprouver, bien souvent, un important sentiment de culpabilité.

Il ne faut pas afficher pour autant un déterminisme excessif. Ce n'est sans doute pas parce que le début de la relation mère-bébé commence sous ce jour particulier, qu'une authentique rencontre avec l'enfant, qu'un lien affectif solide, n'est pas possible. Il faut croire au changement. C'est le propre de l'homme d'être doté de liberté. Rien n'est figé. On ne peut toutefois banaliser le sens d'une négation de grossesse qui signe bel et bien une difficulté dans la construction du lien prénatal mère-enfant, difficulté qu'il faut prendre en compte et qui mérite très certainement un accompagnement psychologique spécifique. D'où l'importance qu'il y a à mieux comprendre l'origine des négations de grossesse, sans se laisser aller à des interprétations erronées qui pourraient être dangereuses et iatrogènes. D'où aussi l'importance à penser aussi l'accompagnement de ces négations.

2 – Les négations de grossesses : quelques pistes …

Que nous enseigne alors la clinique des négations de grossesse ? Quelles pistes nous donne-t-elle pour comprendre les négations de grossesse, et en particulier le déni de grossesse ? Toute la prudence est nécessaire, pour ne pas accompagner le déni en faisant fausse route. Pourquoi la femme a-t-elle eu besoin, consciemment ou inconsciemment, de cacher sa grossesse à elle-même, ainsi qu'à son entourage ? Force est de constater notre difficulté à cerner tous les enjeux des négations de grossesse. Certaines questions méritent cependant d'être posées ; certaines pistes méritent d'être explorée.

Déni, dénégation, dissimulation

Pour commencer, il est sans doute utile de rappeler les degrés différents de négations de grossesse. La distinction entre déni, dénégation et dissimulation de grossesse me paraît pertinente.

Dans le déni, la grossesse reste radicalement imperceptible pour la conscience. La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître, et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent. En psychanalyse, le déni renvoie à la négation d'une perception traumatisante. Reste toutefois à déterminer ce qui fait traumatisme.

Dans la dénégation, les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétée furtivement comme telle, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications. La femme ne croit pas qu'elle peut être enceinte, ce n'est

pas possible pour elle, et de fait son corps se transforme peu. On perçoit à travers ce symptôme, le conflit, la lutte à l'intérieur du psychisme, l'incapacité à se croire enceinte.

Dans la dissimulation, la grossesse est perçue, mais la femme la cache consciemment. Cela ne signifie pas pour autant que nous soyons en présence d'un mécanisme complètement volontaire, pleinement conscient. Certaines dissimulations paraissent largement dépasser la femme elle-même.

À population hétérogène, causalité unique ou multiple ?

Faut-il penser par exemple que cet ensemble des négations de grossesse relève d'un mécanisme unique, ou bien faut-il penser que les négations de grossesse peuvent avoir leur origine dans des causes différentes ? Par exemple, Catherine Bonnet dans son ouvrage sur l'accouchement sous X pense que les négations de grossesses résultent de *« la formation d'impulsions infanticides »*, c'est-à-dire d'une envie de tuer son bébé dont la femme se protège par le déni de sa gestation. Il n'existe qu'une seule cause pour elle.

En réalité, les négations de grossesse semblent résulter de « mécanismes psychiques » divers. Cette discussion n'est guère un point de détail, car celui qui croit en une explication unique encourt le risque de donner une interprétation univoque, et somme toute culpabilisante, du type : *« Votre inconscient avait envie de tuer votre bébé » !*

Il faut plutôt souligner la diversité des situations au cours desquelles nous rencontrons ce phénomène. Ainsi, un nombre non négligeable de femmes enceintes souffrant de schizophrénie présentent un déni de grossesse. D'autres dénient leur grossesse après avoir subi une violence sexuelle dont l'enfant est le fruit. D'autres encore, la majorité semble-t-il, ne semblent guère présenter une pathologie psychiatrique, et n'ont pas subi pour autant un traumatisme psychique particulier dans leur enfance ou pour concevoir leur enfant.

Percevoir les transformations de son corps

La grossesse suppose la perception, par la femme, des transformations de son corps et de la présence d'un autre corps à l'intérieur de son ventre. Tout cela renvoie à la construction de sa propre image corporelle et à la question du rapport de la femme à son propre corps.

Dans le cadre du déni de grossesse chez la femme schizophrène, ces dimensions se trouvent volontiers altérées. La perception du corps est volontiers objet de morcellement, et la relation au monde et à autrui est marquée par l'indifférenciation soi-autrui. Ces

particularités psychologiques expliquent probablement la plus grande proportion de déni de grossesse dans cette population spécifique.

En dehors de ces cas, de l'avis de certains auteurs, les femmes présentant un déni de grossesse ont un rapport au corps particulier. Le corps est peu investi. Un psychiatre, proche collaborateur du Pr. Brezinka, note la proportion importante de femmes ayant eu un trouble du comportement alimentaire à l'adolescence parmi les cas de déni qu'il a rencontré.

D'autres auteurs ne manquent pas de rappeler qu'une forme non psychotique de déni se rencontre fréquemment en médecine, lorsque certains malades dénient une maladie grave, comme par exemple un cancer.

Enfin, la perception de l'état de grossesse repose sur la perception d'un certain nombre de signes indirects, comme l'arrêt des règles, le gonflement des seins, la prise de poids, les nausées, etc. Certaines femmes présentent-elles des caractéristiques physiologiques qui les rendent plus vulnérables à l'émergence d'un déni de grossesse ? Par exemple, certaines femmes ont des accouchements quasi indolores, ce qui renvoie peut-être à l'existence de seuils perceptifs différents.

L'impossibilité d'énoncer sa grossesse à autrui

À la lisière des négations de grossesse, il faut mentionner ici l'impossibilité pour certaines femmes de faire part de leur grossesse à l'entourage, sans que l'on puisse parler déjà d'une dissimulation, et encore moins de dénégation ou de déni de grossesse.

Je citerai par exemple le cas d'une femme, elle-même issue d'un viol, victime de traumatismes sexuels dans son enfance. Sa mère lui avait promis de rompre les ponts si elle attendait un deuxième enfant. Ce fut le cas, et la femme fit une interruption de grossesse dont elle eut énormément de remords, et qui l'entraîna dans un deuil pathologique. Elle fut enceinte à nouveau et décida cette fois de garder l'enfant, au risque d'être rejetée par sa mère. Consciente de sa grossesse, ne cherchant pas pour autant à la dissimuler, elle ne parvenait pas à annoncer sa grossesse à sa mère. Le gynécologue lui conseilla de remettre à sa mère l'échographie de sa future petite-fille, ce qu'elle fit par l'intermédiaire de son fils aîné. La grand-mère accepta finalement cette nouvelle venue, sans tenir sa promesse malfaisante. Curieusement, cette femme qui avait une grossesse peu proéminente, quasiment à ventre plat comme dans les négations de grossesse, vit son ventre s'arrondir lorsque sa mère sut son état.

Certaines femmes présentent ainsi des blocages, qui les empêchent d'énoncer leur grossesse à leur entourage, et cette impossibilité d'énonciation de la grossesse à autrui a un impact sur la façon de montrer physiquement la grossesse.

Le désir d'enfant

Un troisième axe d'étude, particulièrement important, intéresse la question du désir d'enfant sous-jacent. C'est une vaste question, car l'architecture psychique du désir d'enfant se construit dès la petite enfance de la future mère.

Pour certains, la négation de grossesse témoigne d'une ambivalence, ou d'une hostilité à l'égard de l'enfant. De façon schématique, la négation de grossesse reviendrait alors à nier la présence de l'être humain conçu parce que la femme n'en veut pas, ou parce que la venue de l'enfant amène des représentations insupportables.

En réalité, si on en croit le discours spontané des femmes ayant vécu une négation de grossesse, deux sortes de situations, diamétralement opposées, semblent pouvoir être distinguées. Certaines femmes expriment spontanément un rejet de l'enfant, parfois violent, allant jusqu'à demander qu'on leur « enlève cela ». C'est le cas par exemple de grossesses déniées après viol, mais pas seulement.

Pour d'autres femmes, chez certains couples, l'enfant paraît au contraire attendu. Des dénis de grossesses surviennent par exemple chez des femmes qui se croyaient stériles et souhaitaient attendre un enfant.

Dans d'autres situations encore, la négation de grossesse paraît avoir valeur protectrice pour l'enfant, comme si celui-ci se trouvait menacé par l'environnement, et qu'il fallait à tout prix le sauvegarder, ou bien s'épargner de la douleur de mettre fin à ses jours. Nous observons ce phénomène, par exemple lors de grossesses survenues après plusieurs interruptions de grossesse imposées par l'entourage, un peu comme si la femme se disait en elle-même : *« C'est trop insupportable de supprimer cet enfant… Je ne peux pas recommencer cela… Je préfère faire comme s'il n'existait pas… »*

L'enfant inconcevable

En réalité, nous devons nous interroger sur les véritables enjeux de ces difficultés à accueillir l'enfant. Ce n'est pas toujours l'enfant lui-même qui fait l'objet d'un refus, mais parfois, c'est davantage les représentations insupportables que l'enfant à naître suscite chez la femme, qui la pousse à en souhaiter l'élimination, afin de faire cesser ces représentations. Cela s'observe notamment dans le cadre de conceptions après traumatisme sexuel, où l'enfant renvoie à la mère l'image de l'agresseur, et fait émerger des représentations extrêmement douloureuses, par exemple l'impression d'avoir un monstre en soi. Si la grossesse est poursuivie, la venue de l'enfant réel, dont les caractéristiques sont fort éloignées des représentations

que la mère s'en était forgée et qu'il a pourtant suscité lui-même, peut avoir une authentique valeur d'apaisement pour la femme, même si elle envisage de confier l'enfant à l'adoption.

Il en va probablement de même dans certains cas de conceptions après adultère. L'enfant acquiert également dans certaines situations un caractère « inconcevable », et peut renvoyer à la femme des représentations insupportables de honte, de culpabilité ou d'humiliation.

Ce « mécanisme » se rencontre vraisemblablement dans des situations moins extrêmes, lorsque pour des raisons psychologiques, l'enfant suscite chez la mère des représentations insupportables, par exemple incestueuses dans le cadre d'un complexe d'Œdipe assumé névrotiquement. Imaginons l'exemple d'une femme dont le désir d'enfant s'enracine dans des désirs incestueux inconscients, en rapport avec un complexe d'Œdipe mal résolu. Elle tombe enceinte. La venue de l'enfant suscite des représentations incestueuses insupportables et le déni a pour fonction d'en protéger la femme.

L'axe conjugalité – sexualité – procréation

La femme est parfois marquée par des traumatismes qui l'ont empêché de construire sereinement sa conjugalité, sa sexualité et sa procréation. Voici deux exemples.

Denise a eu trois grossesses déniées, dont la première s'est achevée par la mort accidentelle du bébé dans la cuvette des toilettes. Longtemps auparavant, vers l'âge de 16 ans, Denise avait été enceinte d'un homme qu'elle aimait. Elle l'avait connu dans une fête et sortait avec lui depuis deux ou trois mois. Ils se voyaient souvent. Il avait fait des papiers pour se marier avec elle. Sachant sa fille enceinte, la mère a alors insulté Denise et lui a imposé d'avorter, alors que celle-ci souhaitait garder l'enfant. Elle ne voulait plus laisser sortir Denise, qui restait prisonnière à la maison. Père et mère n'hésitaient pas à taper leur fille à coups de ceinture... Mais l'affaire a tourné au drame. Le père était furieux après le garçon qu'elle fréquentait. Il voulait l'attraper pour lui taper dessus. Très en colère, il l'a coursé sur la route. L'ami conduisait une mobylette et s'est alors tué. Dès sa majorité, Denise a quitté le foyer de ses parents, elle s'est trouvée sans logement et a vécu au froid pendant un mois, puis elle a été hébergée chez une femme qui lui a fait connaître son futur mari.

L'autre exemple concerne Isabelle, une femme qui a présenté un déni partiel de grossesse. Au moment de l'adolescence, vers 16-17 ans, sa mère enfermait Isabelle dans sa chambre. Elle la traitait de tous les noms : de *« putain »*, de *« faignasse »*, de *« traînée »*... Elle la tirait par les cheveux, alors qu'elle était plutôt soumise, et qu'elle réclamait seulement de pouvoir discuter avec ses amis. Sa mère ne voulait pas qu'elle fréquente des garçons, afin de ne pas tomber

enceinte. Curieuse attitude, lorsqu'on sait que cette mère se montrait régulièrement infidèle à son mari !

Dans ces exemples, les femmes ont été maltraitées au moment clé où elles accèdent à la conjugalité, à la sexualité et à la procréation. Par exemple, la mère d'Isabelle nie complètement la réalité affective de sa fille parvenue à l'aube de l'âge adulte. Elle nie sa capacité à rencontrer un garçon, à avoir un lien affectif avec lui, à l'aimer et à attendre un jour de lui un enfant, alors que son rôle de mère serait plutôt d'aider sa fille à accéder aussi paisiblement que possible à son statut naissant de femme, capable d'aimer et d'enfanter. Elle s'engage plutôt sur une voie absurde et incompréhensible, brouillant la lisibilité du lien conjugalité-sexualité-procréation par son action maltraitante et traumatique, alors qu'elle-même s'est montrée peu scrupuleuse dans le domaine de sa propre conjugalité.

De même, Denise est traitée de *« putain »* lorsqu'elle annonce sa première grossesse. Ses parents ne cherchent pas à savoir si elle est heureuse d'être enceinte, si elle est amoureuse du père de l'enfant, si elle se sent prête à accueillir cet enfant. Leur violence meurtrière se déchaîne. Ils imposent une interruption de grossesse à leur fille, coursent l'amoureux et provoquent sa mort accidentelle, puis ils exercent une vigilance soupçonneuse et maltraitante sur la vie affective de leur fille, lui interdisant de sortir et la frappant en cas de désobéissance. Nous observons ici d'authentiques traumatismes sur cet axe qui mène du lien conjugal à la sexualité et à la procréation.

Conclusion

Les mécanismes psychiques qui concourent au déni de grossesses sont loin d'être élucidés, mais nous voyons s'offrir dores et déjà plusieurs pistes à explorer, telles que le rapport au corps, l'énonciation de la grossesse à autrui, le désir d'enfant, les représentations liées à un enfant inconcevable, un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation.

Quelles que soient les étiologies des dénis de grossesse, il convient de reconnaître l'architecture complexe de la gestation psychique. En effet, avec ce symptôme, cette architecture ne se met pas en place selon les modalités ordinaires. Les enjeux en sont multiples et aboutissent au gommage des transformations habituelles du corps et au déni de la présence de l'enfant à naître. Il importe alors de tenir compte de cette manière particulière, involontaire, qu'a la femme d'entrer en relation avec son enfant durant la grossesse. Bien des femmes semblent parvenir à rétablir une relation de qualité avec leur enfant, mais d'autres seront davantage en difficulté. Un meilleur accompagnement de ces grossesses particulières, que ce soit avant

la naissance de l'enfant lorsque cela est possible (déni partiel) ou après la naissance, représente ainsi une priorité.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse, site internet : http://www.afrdg.info

Ammaniti M. , Candelori C., Pola M., Tambelli R., Maternité et grossesse, PUF, Paris, 1999

Bayle B. (dir), Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance. L'Harmattan, Paris, 2006

Bayle B., L'enfant à naître. Érès, Toulouse, 2005

Bayle B., L'embryon sur le divan. Masson, Paris, 2003

Bonnet C., Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement, Psychologie médicale, 1992, 5, p. 455-457

Bonnet C., Geste d'amour. L'accouchement sous X, Odile Jacob, Paris, 1990.

Brazelton T.B., Als H., Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson, Psychiatrie de l'enfant, XXIV, 2, 1981, 397-418

Brezinka C., Huter O., Bielb W., Kinzl J., Denial of pregnency: Obstetrical aspects. J. Psychosom. Obstet. Gynecol., 1994 ; 15, 1-8.

Bydlowski M., La dette de vie, PUF, Paris, 1997.

Dayan J., Psychopathologie de la périnatalité, Masson, Paris, 1999.

Girard C., Les secrets de l'accouchement anonyme, Cahiers de maternologie, 1995, n°5, p. 35-40.

Grangaud N., Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature Perspective Psy, vol. 41, n°3, juin-juillet 2002, pp . 174-181

Grangaud N., Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Thèse pour le doctorat d'Etat de Médecine, Université Paris VII, 2001

Kaplan R., Grotowski T., Denied pregnancy. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1996 ; 30 : 861-863

Massari B., Le déni de grossesse. Perspective Psy, 41, 3, 2002, p. 172-173.

Massari B., Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse : à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. Perspective Psy, 41, 3, 2002, p. 208-216.

Marinopoulos S., De l'une à l'autre. De la grossesse à l'abandon. Hommes et perspectives, 1987.

Miller L.J., Maladaptative denial of pregnancy. AM J Psychiatry, 1991, 148: 8, 1108.

Miller L.J., Psychotic denial of pregnancy:phenomenology and clinical management. Hospital and Community psychiatry, 1990, 41, 11 : 1233-1237.

Milstein KK., Milstein P.S., Psychophysiologic aspects of denial in pregnency:case report. J.Clin.Psychiatry, 1983, 44, 5 : 189-190.

Missonnier S., Golse B., Soulé M.., La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris, PUF, 2004.

Mitchell E. K., Davis J. H., Spontaneous Births into toilets, Journal of Foransic Sciences, JFSCA, vol. 29, n°2, 1984, pp. 591-596.

Mottini-Coulon E., Essai d'ontologie spécifiquement féminine, Paris, Vrin, 1978.

Pierronne C., Delannoy M.-A., Florequin C., Libert M., Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. Perspective Psy, 41, 3, 2002, p. 182-188.

Presme N., Conception traumatique et déni de grossesse. À propos d'une observation clinique. In : D. Brun (dir.), 6ème Colloque de Médecine et Psychanalyse. La fabrique des bébés : passions pour l'embryon. Etudes Freudiennes (hors série), Paris, 2004, p. 362-68.

Racamier P.-Cl., De psychanalyse en psychiatrie, Payot et Rivages, Paris, 1998 (1979), p.193-242.

Roubaud L., Vitry I., Simonnot A-L., Passagers clandestins. Grossesse cachées ou déni de grossesse? L'information psychiatrique, 77, 1, 2001, p. 34-40.

Spielvogel A., Hohener H., Denial of pregnancy : A review and case reports. Birth, 22: 4, december 1995.

Winnicott D. W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1969, p.285-291.

La loi du déni de grossesse

Pierrette AUFIERE
Avocate au Barreau de Toulouse
Médiatrice familiale

Les observations qui vont être développées ci-après, se placent dans la perspective d'une femme enceinte qui n'a pas conscience de son état, et ne le rend donc pas « officiel » que ce soit vis-à-vis d'elle-même, de sa famille ou des tiers.

Le mot « tiers » va y être entendu pour désigner les employeurs, les administrations, les services médicaux, etc.

L'approche qui va donc suivre sera celle des conséquences de cette non-déclaration de grossesse et des effets juridiques à partir du seul moment de réalité intervenant, celui de l'accouchement.

Pour ce faire, les règles, bases de certains pans du Droit, en seront préalablement données.

1. - La loi de la conception

Juridiquement l'article 311 du code civil détermine l'existence légale de la conception d'un enfant entre le 180ème et le 300ème jour précédant la naissance inclusivement. La conception est donc censée avoir lieu à un moment quelconque durant les 121 jours qui délimitent cette période selon l'intérêt de l'enfant. Bien évidemment c'est une présomption simple, ce qui signifie qu'il peut toujours être rapporté la preuve contraire. Cette conception légalement encadrée, va avoir un impact, comme nous le verrons ci-après, pour l'établissement de la filiation de cet enfant en cas de mariage des parents. Dans le cadre d'un déni de grossesse, le jour de l'accouchement permettra de calculer rétroactivement la période de la conception, si besoin en était.

2.- La loi de l'accouchement

Rappelons tout d'abord qu'il n'y a aucune obligation légale à accoucher ni dans un établissement public, ni dans un établissement privé, et que l'accouchement peut avoir lieu en tout lieu (pourrait-on dire). Le déni de grossesse peut entraîner deux hypothèses probables :

- Ou la mère souffrant de « douleurs » va se rendre chez un médecin, une clinique ou un hôpital et le diagnostic va entraîner la prise en charge médicale dudit accouchement,

- Ou la mère ne va même pas avoir « le temps » de procéder ainsi et il peut y avoir un accouchement … là où elle se trouve.

Bien évidemment l'incidence en sera différente dans le premier ou le deuxième cas selon la présence des tiers, au moment de la naissance. En particulier l'absence de tiers peut amener à des situations problématiques voire dramatiques, que je ne traiterai donc pas dans cet exposé.

Au moment de l'accouchement, et si évidemment la mère ne souhaite pas « rester mère », va intervenir la notion de l'accouchement sous X. Cet accouchement sous X. relève de plusieurs textes : les articles 57et 326 du code civil, l'article L 222-6 du code de l'action sociale et des familles.

Dès lors, si la femme qui accouche dans un établissement de santé demande la préservation du secret de son admission et de son identité, (article L122-6 du code le l'action sociale et des familles) ainsi que l'application de l'article 326 du code civil, après avoir reçu toute information utile, le déni de grossesse sera suivi d'un « déni de parenté », en tout cas de parenté maternelle.

La place du père, dans cette situation de déni de grossesse, est encore plus réduite et risque de ne pas exister.

En effet, même si la Cour de Cassation (arrêt du 7 avril 2006) a établi la jurisprudence maintenant classiquement reconnue de l'affaire Benjamin (accouchement sous X. alors que le père, en union libre, avait reconnu l'enfant avant la naissance de ce dernier), cette filiation paternelle qui primera alors, va être difficilement applicable dans notre situation.

Ceci suppose en effet que le père ait pu réaliser que la mère était enceinte ; or si le déni de grossesse existe pour la mère, on peut entendre que la grossesse est encore moins apparente pour le père. La reconnaissance antérieure à la naissance ne saurait donc exister.

Mêmes dispositions envisageables lorsque l'épouse est mariée et demande ce secret de l'accouchement et donc la non-inscription de son nom sur l'acte de naissance de l'enfant afin d'écarter le lien automatique de filiation.

Nous verrons ci-après que la présomption légale de paternité de l'homme marié est alors écartée et la filiation ne peut être établie par l'effet de la loi (le mari peut cependant reconnaître l'enfant à condition d'en connaître l'existence !).

Dans toutes ces hypothèses, l'article 62-1 du code civil permet au père, lorsque le secret de l'identité de la mère rend impossible la transcription de la reconnaissance en marge de l'acte de naissance de l'enfant, d'informer le Procureur de la République afin qu'une recherche soit effectuée sur la date et le lieu de naissance de l'enfant et qu'il puisse éventuellement être procédé à son identification avant son placement en vue de l'adoption. La situation serait celle d'une femme ne vivant pas avec le géniteur de l'enfant, lequel,

connaissant la grossesse, n'aurait absolument pas pu savoir la date de l'accouchement de cette dernière.

Donc, dans le déni de grossesse, si la mère accouchait dans le secret le plus total, et hors de la présence du père, ou empêchant toute information de ladite naissance pour le père, il y aurait là une grande difficulté à ce que celui-ci puisse faire établir sa filiation.

3. - La loi de la naissance

Il est nécessaire d'évoquer quelques éléments quant à l'établissement juridique de la filiation, dont certains paramètres viennent d'être déjà énoncés.

Aujourd'hui, l'Ordonnance (n° 759-2005 du 4 juillet 2005) portant réforme de la filiation, et le Décret correspondant, (n° 2006-640 du 1er juin 2006), sont applicables depuis le 1er juillet 2006, avec certains effets rétroactifs.

Ce texte obéit aux règles suivantes rappelées le plus brièvement possible pour la compréhension du sujet abordé.

3.1. - Suppression de la notion d'enfant légitime et d'enfant naturel

Ces dénominations n'existent plus dans le code civil ; on parlera d'enfant issu d'un couple marié ou enfant issu d'un couple en union libre (que ce couple d'ailleurs soit un couple vivant ensemble, – concubins - ou pacsés -le pacse n'ayant aucun effet sur les règles de la filiation).

3.2. - Etablissement de la filiation de trois manières : par l'effet de la loi, par la reconnaissance, par la possession d'état.

Nous ne traiterons pas volontairement ici des demandes d'établissement de la filiation ou de contestation de la filiation devant les instances judiciaires. Nous nous placerons au moment de l'accouchement de la mère et de l'établissement de l'acte de naissance de l'enfant.

A cet égard rappelons l'importance d'un tel document, savoir l'acte de naissance intégral qui donc est en quelque sorte le reflet de notre vie, de la naissance à la mort, dans les aspects juridiques qui doivent y apparaître.

Que se passe t il en cas d'accouchement vis-à-vis de l'état civil ?

Concrètement, surtout si la femme accouche hors lieu médicalisé, elle devra procéder à la déclaration de naissance de l'enfant ; on peut toutefois imaginer difficilement qu'elle se retrouve

totalement seule, qu'il n'y ait pas un tiers auprès d'elle (famille, amis, relations), voire qu'elle n'ait été immédiatement après cette naissance transférée dans un milieu médical.

A ce moment là un certain nombre de documents lui sont donnés justement pour effectuer la déclaration de naissance : c'est lors de cette dernière que la filiation juridique va être établie vis-à-vis des parents.

A ce stade, l'Ordonnance susvisée a posé un principe fondamental.

L'article 311-25 du code civil édicte : « La filiation est établie, à l'égard de la mère, par la désignation de celle-ci dans l'acte de naissance de l'enfant. »

Cette modalité présente même un effet rétroactif prévu à l'article 20 de ladite Ordonnance. Cependant cette disposition (mention du nom de la mère) n'est pas obligatoire, l'article 57 du code civil prévoit expressément que les père et mère peuvent ne pas être désignés dans l'acte de naissance. Et surtout l'article 326 du code civil rappelle que lors de l'accouchement la mère peut demander le secret de son admission et que son identité soit préservée.

Dans un cas de déni de grossesse, il peut donc y avoir des mères qui ne veuillent pas voir leur nom apparaître sur l'acte de naissance de l'enfant, privant celui-ci de toute filiation à leur égard. Si ces mères poursuivaient dans cette attitude en appliquant dans la foulée les dispositions de l'accouchement sous X. afin que l'enfant soit « adoptable » à leur égard, cela n'empêcherait pas de procéder postérieurement par voie de reconnaissance de l'enfant, et ce justement si elles voulaient reprendre l'enfant dans le délai de deux mois prévu (article L 226-6 et L 224-6 du code d'action sociale et familiale). L'enfant lui est alors remis sans formalités dès lors qu'elle va établir qu'elle a créé le lien de filiation par la reconnaissance de ce dernier.

Enfin il n'est pas non plus interdit à la mère de reconnaître l'enfant avant la naissance et ce pour s'assurer de la dévolution du nom, comme nous le verrons ci-après.

Examinons donc maintenant les conditions d'établissement de la filiation d'un enfant au vu de l'article 310-1 du code civil.

3.2.1. - La filiation établie par l'effet de la loi

Nous venons d'examiner « la mère », examinons « le père » : nous sommes dans l'hypothèse du père marié avec la mère.

L'article 312 du code civil dispose toujours que l'enfant conçu ou né pendant le mariage, a pour père le mari ; dès lors, si la mère déclare qu'elle est mariée au moment de son accouchement, et que dans l'acte de naissance de l'enfant soit mentionné le nom de la

mère, sa qualité d'épouse et le nom de son mari, l'enfant est de plein droit issu de ses père et mère mariés.

Donc en cas de déni de grossesse si la mère qui accouche est une femme mariée, l'enfant sera de plein droit issu de ce mariage.

Par contre, si la mère mariée ne déclare pas qu'elle l'est et n'indique que son nom dans l'acte de naissance de l'enfant, cet enfant ne verra sa filiation établie qu'à l'égard de la mère.

Cette paternité légale sera rétablie si l'enfant a la possession d'état à l'égard des deux époux et si aucun lien de filiation n'a existé préalablement à l'égard d'un tiers ; en cas d'absence de la possession d'état susvisée il existe aussi une action en rétablissement des effets de la présomption de paternité légale.

Nous ne traiterons pas ici volontairement des conflits liés à la contestation de cette paternité, aux difficultés liées à la séparation du couple marié, tous ces points pouvant instaurer des situations multiples et complexes dont tant les personnes que les tribunaux connaissent les hypothèses parfois apparemment les plus invraisemblables…

3.2.2. -La filiation établie par l'effet de la reconnaissance

Cette disposition concerne un mode d'établissement de la maternité ou de la paternité lorsque la filiation n'est pas établie par l'effet de la loi.

La reconnaissance est un acte volontaire qui n'établit la filiation qu'à l'égard de son auteur. Elle est faite, soit dans l'acte de naissance, soit par un acte authentique indépendant, antérieur ou postérieur à la naissance (tels que testament, etc.) La reconnaissance peut également être effectuée conjointement par les père et mère avant la naissance et les incidences en sont examinées ci-après. La reconnaissance peut être effectuée par un parent lui-même mineur ou mineure.En principe la reconnaissance doit faire l'objet d'une mention sur l'acte de naissance de l'enfant. A condition bien évidemment que les deux actes (reconnaissance et naissance) puissent être connus des officiers d'état civil respectifs.

Pour l'exprimer dans d'autres termes, si un acte de reconnaissance prénatale est effectué par le père et que ce dernier, séparé de la mère, ignore le lieu et le moment de l'accouchement, la transcription de sa reconnaissance sur l'acte de naissance de l'enfant s'avèrera quasiment impossible.

Précisons que, pour la mère, au moment de l'accouchement, le fait de mentionner le nom du père, si elle n'est pas mariée avec lui, ne créera pas de lien de filiation avec ce dernier tant que ce géniteur n'aura pas effectué lui-même la reconnaissance de l'enfant.

S'il n'y procède pas, il existe la possibilité de faire établir judiciairement cette filiation paternelle par des actions devant les

tribunaux, comme il existe aussi la possibilité de contester une reconnaissance paternelle devant les mêmes tribunaux s'il s'avère que le père n'est pas le père de l'enfant.

Il s'agit des actions de contestation ou d'établissement de filiation avec à l'appui les demandes d'expertise génétique, lesquelles sont considérées par la Cour de Cassation (arrêt du 28 mars 2000) quasiment de droit pour l'intérêt de l'enfant.

Précisons immédiatement que ces expertises génétiques ne peuvent être effectuées que sur décisions des tribunaux saisis de ces demandes de contestation ou d'établissement de filiation, et qu'en application de l'article 16-11 du code civil elles ne sauraient être ordonnées dans un quelconque autre contexte.

Le tout bien évidemment sous réserve de la même manière que la procédure engagée soit recevable devant le tribunal au vu des règles de procédure et de fond en la matière.

3.2.3. - La filiation par la possession d'état

Ce mode d'établissement ne va pas concerner la situation du déni de grossesse.

Il va consister à entériner et à faire constater, selon les règles de l'article 311-1 et 317 du code civil et par un acte de notoriété établi en bonne et due forme, que l'enfant est bien l'enfant des parents. Dans notre hypothèse un seul cas pourrait être préjudiciable à l'enfant, celui où le père non marié avec la mère décèderait avant l'accouchement de cette dernière et où la possession d'état d'enfant à naître, qui peut alors être constatée, ne saurait être démontrée puisque tant le père que la mère ne se seraient pas comportés comme des parents attendant la naissance de cet enfant.

4. - La loi du nom

Le déni de grossesse ne jouera pas sur ces règles, applicables dès l'accouchement, en fonction de l'établissement du lien de filiation.

Force est de constater que les réformes successives sur la modification du nom de famille ont créé des complexifications d'analyse des situations, à tel point que même et surtout les praticiens du droit en la matière (notaires, officiers d'état civil, avocats, généalogistes, etc.) sont amenés à vérifier de manière la plus précise possible toutes les situations envisageables.

A ce jour ce sont celles applicables au vu de l'article 311-21 du code civil découlant de l'établissement du lien de filiation.

4.1. - L'enfant voit son lien de filiation établi vis-à-vis d'un seul des parents.

Reconnaissance anticipée d'un parent, seul nom de la mère dans l'acte de naissance, seule reconnaissance du père dans les hypothèses du secret de la naissance ou d'accouchement sous X.

L'enfant prend le nom du parent auprès duquel la filiation est établie en premier.

4.2. - L'enfant voit son lien de filiation établi vis-à-vis de ses deux parents simultanément.

Reconnaissance conjointe avant la naissance, ou déclaration de naissance

Si la filiation maternelle et paternelle est concomitamment établie, les parents choisissent le nom de famille dans l'ordre choisi par eux, mais dans la limite d'un nom de famille pour chacun d'eux :

- soit le nom du père,
- soit le nom de la mère,
- soit les deux noms accolés (avec deux tirets).

Cette déclaration conjointe est présentée aux parents au moment de la naissance, elle doit être écrite et produite à l'officier d'état civil, et seul cet officier d'état civil est compétent pour recevoir cette déclaration. En cas de désaccord ou de décès d'un parent ni le Juge des Affaires Familiales ni le Juge des Tutelles ne peut suppléer la carence d'un des parents.

4.3. - L'enfant voit son second lien de filiation établi postérieurement vis à vis de ses parents.

Reconnaissance du père postérieure au nom de la mère mentionné dans l'acte de naissance.

Les parents peuvent, toujours par déclaration conjointe, choisir :

- de substituer le nom de famille du parent à l'égard duquel le lien de filiation est établi en second lieu (le père dans cette hypothèse)
- d'accoler leurs deux noms mais toujours dans la limite d'un nom de famille pour chacun d'eux et en respectant le nom de famille déjà choisi s'il en existait un antérieur.

Ces aménagements (article 311-23 du code civil) nécessitent l'accord de l'enfant s'il a plus de 13 ans. L'unité du changement de non est également prônée : un enfant issu des mêmes parents dans les mêmes conditions devra recevoir le même nom de famille que son aîné.

Des dispositions transitoires ont organisé cette unité de nom pour les puînées.

5. - La loi de la parentalité

Le déni de grossesse ne jouera pas non plus sur ces règles, applicables dès l'accouchement, en fonction de l'établissement du lien de filiation. L'autorité parentale sur l'enfant mineur découle aussi du statut des parents et de l'établissement du lien de filiation. Le parent mineur ou mineure a lui-même l'autorité parentale sur son propre enfant mineur.

5.1. - Enfant né de parents mariés, dont la filiation est établie en conséquence.

L'autorité parentale est de plein droit exercée par les deux parents, elle ne sera pas modifiée en cas de séparation des deux parents (divorce ou séparation de corps), sauf dans l'hypothèse extrême où le Juge des Affaires Familiales accorderait une autorité parentale exclusive à un des deux parents.

5.2. - Enfant issu d'un couple en union libre

Pour que l'autorité parentale soit de plein droit établie au profit des deux parents, il faut que le lien de filiation soit constitué avant que l'enfant ait atteint l'âge d'un an.
Pour la mère nous avons vu que cela découlera de la simple mention de son nom dans l'acte de naissance. Pour le père il faut qu'il effectue une reconnaissance avant que l'enfant ait atteint l'âge d'un an.

A défaut les parents peuvent toujours demander que l'autorité parentale conjointe soit constatée par une déclaration également conjointe qu'ils effectuent devant le Greffier du Tribunal de Grande Instance, ou elle peut être ordonnée par le Juge des Affaires Familiales dans une décision qui constatera que le père peut remplir cette condition, demande qui peut alors être accueillie même en cas de désaccord de la mère.

Même hypothèse extrême que ci dessus : le Juge des Affaires Familiales pourrait accorder une autorité parentale exclusive à un des deux parents.

6. - La loi des tiers

J'indique immédiatement que ces informations m'ont été aimablement communiquées par les services respectifs de la Haute Garonne, et que l'on ne peut qu'espérer qu'elles soient identiques au niveau national, dans les autres départements ou régions concernées

Suite logique du déni, examinons les conséquences de l'omission de déclaration de la grossesse, pour le statut professionnel de la mère, ses droits par rapport à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Caisse d'Allocations Familiales.

Nous commencerons par cette dernière.

6.1. - La Caisse d'Allocations Familiales

Si aucun lien de filiation n'est créé entre la mère et l'enfant, aucun droit n'est ouvert à cette dernière.

Si le lien de filiation est par contre établi (nom de la mère dans l'acte de naissance, mariée ou pas) la C.A.F. distingue l'hypothèse possible où la jeune femme qui accoucherait (mineure ou majeure) soit autonome ou vive encore chez ses parents et à la charge de ces derniers.

Toujours sous la condition d'instituer le lien de filiation, la mère fournit à la C.A.F. un acte de naissance accompagné d'un certificat médical précisant la date de début de grossesse ; elle pourra alors prétendre rétroactivement au bénéfice de la prime à la naissance, prime elle-même soumise à conditions de ressources.

Si toutefois la mère âgée de moins de 21 ans est considérée elle-même à la charge de ses parents au sens des prestations familiales, et que ces derniers perçoivent des droits pour elle, la prime à la naissance ne pourra pas être perçue par la mère. Le bénéfice des droits pour la période antérieure à la naissance de son enfant sera maintenu au profit de ses propres parents.

Bien évidemment, dès la déclaration à la C.A.F. elle pourra aussi prétendre, si elle vit seule, à une aide au logement ou à l'allocation de parent isolé ; toutefois ce droit sera étudié à partir du mois de la demande et ne pourra être payé en aucun cas rétroactivement.

Rappelons que la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est donc constituée de la prime à la naissance, de l'allocation de base, d'un complément de libre choix d'activité ou d'un complément de libre choix de mode de garde.

Dans une grossesse normalement déclarée la mère doit simplement faire part de son état à la C.A.F. et à la C.P.A.M. dans les 14 premières semaines.

Les conditions de ressources ne doivent pas dépasser des limites variant selon la situation, ces conditions peuvent être majorées selon que la mère vit seule ou en couple, mariée ou non, et le dossier sera étudié normalement au cours du 6ème mois suivant le début de la grossesse.

On peut considérer que dans une situation de déni de grossesse, le dossier sera étudié au moment de l'accouchement.

Quant à la prime, qui en principe est versée au cours du septième mois de grossesse, elle sera donc versée postérieurement. Son montant (prime à la naissance) en 2008 est de 863.79 €.

6.2. - La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.)

6.2.1. - Les prestations prises en charge au niveau remboursement ou hospitalisation

L'assurance maternité prend intégralement en charge, l'ensemble des frais de santé (médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'appareillage, etc..) remboursables par l'assurance maladie (excepté les frais de transport sanitaire) dès lors qu'ils interviennent au cours d'une période de 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après celui-ci, que ces frais soient ou non liés à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites (Article L.331-2 du CSS)

Il en résulte que, même si l'assurée n'a pas fait de déclaration de grossesse, les frais liés à l'accouchement et toutes ses suites durant 12 jours après l'accouchement pourront être pris en charge au titre de l'assurance maternité (à savoir forfait d'accouchement, césarienne, accouchement prématuré, actes complémentaires, frais d'hospitalisation).

Seront également couverts en vertu des dispositions de l'article L.331-2 CSS, les frais spécifiques rattachables à la maternité : remboursement d'un examen gynécologique et clinique post-natal de la mère effectué obligatoirement dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement, prise en charge éventuellement de 10 séances maximum de rééducation abdominales après l'accouchement

Enfin, les 20 examens obligatoires auxquels doit être soumis l'enfant de sa naissance à l'âge de 6 ans (examens qui seront indiqués à la mère lors de l'envoi par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du courrier précisant à la mère la fin de son congé post-natal) seront pris en charge au titre maternité. Ces examens doivent être effectués par un médecin ou par un autre professionnel médical agréé (centre de PMI, pédiatre…) à l'exclusion de toute autre personne. En revanche les médicaments prescrits lors de ces consultations seront pris en charge au titre de l'assurance maladie.

6.2.2. - Les indemnités journalières de maternité

Le Code de la Sécurité Sociale subordonne le versement des indemnités journalières de maternité, outre à la condition de remplir les conditions d'ouverture de droits, à la condition pour l'assurée de cesser toute activité salariée durant toute la période d'indemnisation (Article L.331-3 CSS).

La période d'indemnisation minimale débute 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 10 semaines après celui-ci (Article L.331-3 CSS). La durée peut être allongée selon le nombre d'enfants déjà à charge ou selon le nombre de naissances (Article L.331-4 CSS).

En tout état de cause, pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières au titre maternité, l'assurée doit cesser son travail pendant une durée minimum de 8 semaines pendant la période d'indemnisation. Si l'arrêt de travail est inférieur à 8 semaines, les indemnités journalières seront versées au titre maladie.

Dans le cas où une assurée accoucherait sans avoir fait de déclaration de grossesse, elle pourrait percevoir des indemnités journalières au titre de l'assurance maternité dans le cadre du congé post-natal, à la condition qu'elle s'arrête de travail pendant une durée minimum de 8 semaines. Elle ne peut en aucun cas reporter les semaines de congé prénatal qu'elle n'aurait pas pris.

6.3. - Le statut professionnel de la femme enceinte

Il s'agit des incidences du statut de la femme enceinte quant à sa protection professionnelle et sociale, en tant que travailleur indépendant ou salariée.

En tant que profession indépendante les avantages dont elle peut bénéficier peuvent découler, soit d'assurance volontairement souscrite pour percevoir des indemnités d'arrêt de travail, soit d'assurance dans le cadre de certains ordres professionnels, mais rien n'oblige la femme qui a une activité libérale à s'arrêter de travailler, sauf le fait d'accoucher …

On peut donc supposer que le déni de grossesse n'aura pas d'incidence avant la naissance hormis les termes de contrat d'assurance privé qui ne couvriront pas les jours d'arrêt de travail non effectifs antérieurs à l'accouchement (idem CPAM).

Pour la femme salariée le statut est complètement différent au vu des articles L 1125-1 et suivants du code du travail.

Le principe de droit est le suivant : l'employeur ne peut pas prendre en considération l'état de grossesse d'une femme, soit pour refuser de l'embaucher, soit pour rompre son contrat de travail. En conséquence il est interdit à un employeur de rechercher toute information concernant l'état de grossesse de l'intéressée. Lorsqu'il est informé, il peut prononcer une mutation d'emploi si son état de santé l'exige. Mais la femme candidate à un emploi ou salariée n'est pas tenue de révéler son état de grossesse, sauf lorsqu'elle demande le bénéfice des dispositions légales relatives à la protection de la femme enceinte.

Par contre il semble évident que cette salariée, qui est donc protégée à différents niveaux, ne peut toutefois bénéficier de ces prestations ou de ces protections que si elle déclare son état de grossesse ; en conséquence de quoi, dans le cadre d'un déni de grossesse, puisqu'elle n'effectuera pas les notifications officielles informant l'employeur (articles R 122-9 R 122-11 R 1225-3 du code du travail), elle pourra donc difficilement y prétendre. En effet, la femme

doit fournir à l'employeur un certificat médical attestant de son état de grossesse, de la date présumée de l'accouchement, remis contre récépissé ou adressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (Article R 1225-3).

Si elle s'avérait licenciée par exemple, ou voyait son contrat de travail rompu pendant une période d'essai, et qu'elle ne fasse part de son état qu'au vu de l'accouchement et donc postérieurement au délai de quinze jours de la notification du licenciement (Article 1225-7), l'employeur ne saurait être l'objet de quelconque difficulté.

Cependant un arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 26 mars 2008 a posé, au vu des articles du code du travail et des directives communautaires, que l'interdiction de licenciement de la femme enceinte ou accouchée pendant la période de protection ne se limite pas à la notification de licenciement. Il serait interdit à l'employeur non seulement de notifier une décision de licenciement pendant la période de protection accordée au salarié mais également de prendre des mesures préparatoires à une telle décision avant l'échéance de cette période.

De fait peu sinon pas de jurisprudence en cette matière d'annulation du licenciement sur le déni de grossesse en tant que tel...

La question demeure de connaître si la salariée qui n'aurait pas bénéficié du délai légal de congé de maternité, soit 16 semaines de congé minimum (six semaines avant la date présumée de l'accouchement, et 10 semaines après), congé étendu à partir du troisième enfant sous certaines conditions, pourra voir ce congé de maternité appliqué, même si elle ne connaît son état de grossesse que le jour où elle accouche… Nous avons vu que la C.P.A.M. ne prendra pas en charge les indemnités journalières prénatales.

Par contre il est évident que tous les droits découlant de la maternité seraient applicables : rémunération, augmentation de rémunération, acquisition ancienneté, droit à congé, congé parental d'éducation, évidemment congé de maternité lui-même.

Le congé de paternité du père sera également mis en place.

Dès lors on peut dire de manière générale que vis-à-vis des administrations le fait de ne pas avoir déclaré la grossesse en temps utile n'entraînera pas la perte de trop d'avantages ou de soutien et que vis-à-vis du droit du travail, elle n'en sera pas non plus excessivement sanctionnée.

La problématique principale étant toujours celle de savoir si le fait d'accoucher d'un enfant sans avoir réalisé qu'on le portait en gestation, est vécu par la mère elle-même comme une manifestation heureuse malgré son comportement pendant la grossesse ou comme une pénalisation qu'elle s'imposera à elle-même et à l'enfant.

Le Droit sera alors confronté à un déni de l'humain plus lourd que celui (souvent prétendu) des textes législatifs….

TROISIEME TABLE RONDE

DENI DE GROSSESSE

&

DECES DU NOUVEAU-NE

Le Professeur Israël NISAND, Professeur de Médecine, chef du département de gynécologie-obstétrique du CH de Strasbourg, membre du Haut conseil de la population et de la famille a présenté lors de cette table ronde une communication intitulée

« L'expertise judiciaire obstétricale dans le déni de grossesse »

Les multiples fonctions de sa charge ne lui ont pas permis de nous en faire parvenir le texte définitif dans les délais qui étaient impartis à la publication des ces Actes.

Nous le remercions de nouveau de sa participation et nous étudierons toutes les modalités utiles de diffusion de son texte dès qu'il nous sera parvenu.

Propos introductifs

Michel LIBERT
Docteur en médecine, Pédopsychiatre
Chef de service CMP, Lille

Après avoirs entendu les rapports de Christoph Brezinka (Innsbruck), Jens Wessel (Berlin) et pris connaissance de l'étude menée dans le Nord de la France, nous devons bien admettre que parallèlement à la grande majorité des dénis de grossesse dont l'issue est heureuse pour la mère (les parents) et le bébé, certaines situations s'accompagnent d'un décès du bébé.

1. – Il convient d'emblée de distinguer :

- Les décès non imputables au déni de grossesse, qui seraient survenus même en l'absence de celui-ci (pathologies foetales graves, malformations, prématurités gravissimes, bébés non « viables ») les décès pour lesquels le déni de grossesse total, jusqu'à l'accouchement, a pu être un facteur favorisant, conjugué à une cause extérieure (prématurité ou autre pathologie induisant une vulnérabilité particulière du bébé, ou requérant des soins immédiats)
- Les décès pour lesquels le déni de grossesse, total, est un facteur déterminant, du fait des conditions exceptionnelles qu'il a entraînées, indépendamment de la volonté de la mère (exemple : par hypothermie en cas d'accouchement à domicile ou à l'extérieur).
- Les décès dans la survenue desquels intervient un, des gestes, ou une absence de soins portant atteinte à l'intégrité du bébé ; la question du rôle de troubles psychiques, transitoires ou non, altérant le jugement, restant entière.

2. – Pourquoi est-il si difficile d'avoir une perception claire et rationnelle de la fréquence de la diversité des causes de décès du bébé après un déni de grossesse ?

La première explication est d'ordre historique : après une période de découverte (1850 à 1900) caractérisée par la description dans un langage simple du déni sans complication : *« femmes ayant méconnu leur grossesse »* - Marie 1854 ; *« grossesses inconscientes »* - Gould 1898 ; *« femmes enceintes à leur insu »* - Bronardel 1900 ; c'est le silence quasi complet dans la littérature scientifique jusqu'aux années 1970.

Débute alors une série de publications recensant le phénomène du déni de grossesse par deux biais très particuliers qui en faussent la perception.

En premier lieu le biais psychiatrique : la recherche de cas de *« grossesses à leur insu »* uniquement chez des femmes présentant par ailleurs une pathologie psychiatrique sévère contribue à diffuser la représentation d'un déni lié à cette co-morbidité alors que, on le verra plus tard, cette co-incidence est rare.

En deuxième lieu, les recherches rétrospectives rassemblant les différentes formes d'infanticides (ou présomptions d'infanticides, les chiffres variant de 10 à 150 selon qu'il s'agit de l'infanticide condamné ou de la mort suspecte du nouveau-né), introduisent également un biais considérable qu'on omet de corriger : recenser, parmi 168 cas d'infanticides retrouvés dans la littérature, une fois sur deux un déni de grossesse, sans préciser que dans le même temps et sur la même aire géographique il y a eu vraisemblablement entre 5 000 et 15 000 dénis dont 98,5 à 99,5% se sont déroulés sans complications vitales majeures pour le nouveau -né, occulte la réalité épidémiologique du déni de grossesse. Il ne s'agit pas d'en faire le reproche aux auteurs de l'époque : ils n'avaient pas les données qui eussent permis une photographie en grand angle du phénomène.

Quelques années plus tard les travaux de Christoph.Brezinka (Innsbrück, 1988-1994) de Jens Wessel (Berlin, 2002-2006) et les nôtres (C. Pierronne, C. Florequin, M.A. Delannoy, M. Libert) (Denain, Valenciennes) démontrent avec une remarquable concordances le polymorphisme du phénomène et la fréquence fortement majoritaire des dénis simples. Malheureusement pour le grand public ces données restent confidentielles et la représentation du déni reste ligotée à celle de l'infanticide, en particulier après la médiatisation d'affaires douloureuses (2006) dont les ressorts restent pour l'instant inconnu.

La deuxième explication est d'ordre psychopathologique : le déni est la mise à l'écart, hors de la conscience du sujet, d'une partie de la réalité interne ou externe. Non seulement la personne ne peut se représenter ce qu'elle a évacué, mais ses proches, ses interlocuteurs se trouvent à court de mots et d'images pour se représenter ce qui arrive. De là découlent deux phénomènes : la contagiosité du déni qui affecte l'entourage, le médecin, (on ne se représente pas ce qui est innommable, pour l'autre) et l'incrédulité des témoins lors de la levée du déni *(« C'est incroyable. Vous ne me ferez pas croire que cette femme ne savait pas qu'elle était enceinte* »). Le phénomène du déni est ainsi tellement indicible, fluide, insaisissable qu'à peine appréhendé par un effort conscient et rationnel, il s'échappe de la conscience du plus grand nombre, y compris des

professionnels : c'est le déni du déni. C'est la confusion entre déni, refus, rejet de grossesse qu'il faut sans cesse remettre sur le métier pour la clarifier.

3. – Essai d'analyse de la relation déni de grossesse / décès du nouveau-né dans l'étude de 56 cas de dénis de grossesses menée entre 1993 et 2000 dans le Nord de la France (publications 2002)

Avant d'évoquer les décès de nouveaux-nés, on ne peut manquer de mentionner les risques auxquels ont été exposés certains bébés. Pour ceux là, le décès a été évité, soit parce que la mère, seule avec lui, a commencé à sortir de sa prostration soit parce qu'un tiers est arrivé, le plus souvent par hasard. Plusieurs bébés ont été hospitalisés en hypothermie et leur état a évolué favorablement. Citons l'exemple de C. 22 ans qui vient d'accoucher seule, dans la maison de ses parents : elle était complètement sidérée. Le bébé lui a échappé des mains et est tombé dans les toilettes. Elle n'a pas eu peur. Elle croyait qu'il était mort. Elle a pensé la mettre dans un sac plastique mais il y avait le cordon. Elle a coupé le cordon avec un rasoir et ensuite elle ne sait plus ce qui c'est passé. Les parents on trouvé leur fille à peine consciente et son bébé dans un état d'hypothermie sérieuse. Hospitalisé, il se remet rapidement, le 3ème jour, la mère allaite, elle est heureuse d'avoir cet enfant.

Les 6 décès constatés parmi les 56 dénis rencontrés concernent 3 bébés nés à terme :

- Deux sont morts-nés : état constaté,

- dans le 1er cas par le médecin du SMUR venu à domicile,

- dans le 2ème cas, aux urgences, où la mère accouche après un transfert en hélicoptère nécessité par une hémorragie massive (hématome rétro placentaire).

- Le troisième décède après la naissance qui vient d'avoir lieu aux urgences.

Dans les trois autres cas, la grossesse n'est pas arrivée à son terme :

- Une mère découvre sa grossesse à 33 semaines et accouche aussitôt d'un bébé mort in utéro depuis plusieurs jours.

- Une grossesse est découverte à 23 semaines. L'échographie décèle un syndrome poly-malformatif chez un bébé dont la viabilité est peu probable. Une IMG est décidée.

- La mère souffre d'une dermato-fibro-myosite très invalidante. Une grossesse était formellement contre indiquée. Elle se découvre enceinte de 22 semaines. Une ITG est décidée

L'analyse de ces 6 décès ne permet de tirer aucune conclusion épidémiologique. Elle montre seulement la diversité des configurations que nous pouvons rencontrer lorsque, la grossesse n'ayant pu être suivie, l'accouchement n'a pu être préparé et peut devenir un moment à haut risque. Elle montre aussi, dans les 3 premiers cas, la fragilité des paramètres permettant d'interpréter les faits : comment auraient été évalués les 3 premiers décès si les mères avaient accouché seules au lieu de le faire devant et avec l'aide des urgentistes ?

Aucun cas d'infanticide n'a donc été recensé parmi les 56 cas rencontrés.

4. – Comment rendre compte, au-delà du décès des bébés, du sentiment de gravité

La gravité prise non dans le sens d'un pronostic mis dans sa dimension existentielle qui nous envahit lorsque nous prenons un peu de recul pour analyser ce qui est arrivé, ce qui se passe encore chez ces mères, ces pères et ces bébés. Un puissant mécanisme psychique s'est mis en route et a effacé de la conscience une réalité qu'on croyait intangible, entraînant la complicité incroyable du corps même de la mère et un étonnant aveuglement de son entourage. Ce mécanisme, de défense, d'adaptation peut être particulièrement efficace pour permettre à une mère d'avoir un enfant sans avoir à franchir ce qui est vraisemblablement pour elle la périlleuse traversée de la grossesse. (Péril du dedans qui peut être représenté par l'enfant lui-même ou par l'enfant trop *« partie de soi »*, ou par ce qui, d'elle-même, est dangereux pour l'enfant. Péril du dehors, menace d'Interruption Médicale de Grossesse, d'Interruption Thérapeutique de Grossesse, regard annihilant sur le corps engrossé).

Une violence circule, difficilement situable. Elle fait écho aux deuils, aux morts qui souvent, trop souvent pour ces mères, jalonnent leur histoire, celle de leur entourage. Elle transparaît dans la honte qui chez elles, prend le relais de la sidération et du sentiment de chaos quand la réalité reprend brutalement ses droits.

Elle peut, cette violence se tourner vers le bébé, contre le bébé qui peut, bien qu'accepté et soigné, ne pas pouvoir être mis au monde.

On la retrouve dans la stigmatisation de la mère, l'agressivité irrationnelle de certains témoins, soignants, parents. Ou encore, dans le sentiment durable des pères d'avoir été nié, spolié du temps de la grossesse. Elle est, bien entendu dans les risques encourus par l'enfant, par la mère, les accidents qui les guettent.

Que devient-elle?

A dramatiser, ne sommes nous pas nous même les agents de cette violence qui empêche les mères de se reconstruire, de construire avec leur conjoint, leur bébé, leur famille, à leur rythme propre, avec leurs ressources propres.

A banaliser, ne laissons nous pas la violence du déni reprendre le dessus, sous d'autres formes.

Pouvons nous être plus que des passeurs, attentifs, bienveillants, respectueux? Des accompagnateurs (catalyseurs...). Autant de points ouverts au débat.

L'appréhension du déni de grossesse par la machine judiciaire ou le déni du deni

Stéphanie GUEDO
Avocate
Barreau des Sables d'Olonne

La vie est souvent une histoire de minutes. Dans l'histoire de la femme que j'ai défendue, cela a été le cas. Quelques minutes ont suffi pour que la vie bascule, qu'un enfant meure, qu'une femme soit traitée comme une criminelle.

Quelques secondes de plus ou de moins, et tout aurait changé.

Une mère qui tue son enfant à la naissance, la presse en parle, tout le monde en parle. Les journaux se font l'écho de cas sordides *« Trois corps de bébés dans la cave : les parents arrêtés 30 ans après ». « La mère avoue, le père abasourdi ». « Des cadavres de foetus dans une fosse sceptique »…* Voilà ce que lit l'opinion publique.

On parle de mère infanticide là où parfois il s'agit de déni de grossesse. J'ai été appelée pour défendre une femme qui était accusée d'avoir étouffé son nouveau-né dans un sac poubelle.

L'objet de mon intervention ici est de vous montrer comment la Justice peut passer à côté d'un déni de grossesse.

D'où la nécessité vitale d'un tel colloque

1. - Un dossier de meurtre

Pour le monde de la Justice, Melle C. est d'abord un dossier papier avec, a priori, tous les éléments constitutifs du meurtre :

a - la découverte du corps : Les constatations sur place

b - les preuves : Le rapport d'expertise génétique, pratiqué quelques heures après la découverte du corps

c -l'aveu de la mère.

La réponse juridique est donc logique : L'infanticide ayant été supprimé du code pénal, il s'agit d'un meurtre, au sens de l'article 221-1 ; et même d'un meurtre aggravé : sur descendant, pas ascendant, sur mineur de moins de 15 ans. On peut envisager la préméditation : la femme aurait pensé à ce qu'elle allait faire pendant les 9 mois de la grossesse. Et quid des actes de barbarie ? - étouffer dans un sac plastique -? Et, a priori, elle était parfaitement censée, Melle C., elle risque donc la perpétuité.

2. - Le déclenchement de l'instruction :

Melle C. est placée en garde à vue durant son hospitalisation et après. Elle vient d'accoucher, seule, dans la souffrance, elle ne réalise pas encore ce qui s'est passé. Elle perd et a perdu beaucoup de sang. Elle va être menottée et conduite en geôle.

Devant le juge d'instruction, elle renouvelle ses aveux. Elle est mise en examen et placée en détention provisoire.

L'ordonnance de placement stipule :

« Attendu que les obligations du contrôle judiciaire sont insuffisantes au regard des fonctions définies à l'article 137 du Code de Procédure Pénale ; Attendu que la détention provisoire de Melle C. est l'unique moyen :

- de protéger la personne mise en examen

- de garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la Justice

- de mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public qu'a provoqué l'infraction en raison :

** de sa gravité*

** des circonstances de sa commission*

** de l'importance du préjudice qu'elle a causé*

En ce que Melle C., après avoir sciemment donné diverses versions des faits afin de se soustraire à sa responsabilité, a admis avoir volontairement donné la mort à l'enfant dont elle venait d'accoucher au motif qu'elle n'aurait pas les moyens de l'élever et que sa présence bouleverserait trop sa vie ; qu'elle admet également n'avoir envisagé que la mort de l'enfant qu'elle comptait enterrer dès que possible ; que Melle C. doit demeurer à la disposition de la justice pour les besoins de l'instruction ; que la lourdeur des sanctions encourues qu'elle semble à présent réaliser pourrait la conduire à tenter de se soustraire à la justice ; que les faits commis sciemment par Melle C., son sang-froid au cours de l'enquête, sa préoccupation à donner des versions avec une indifférence quant à la gravité des faits caractérisent un trouble manifeste à l'ordre public »

Ni l'enquêteur de police, ni le juge d'instruction, ni le juge de la liberté et de la détention n'ont envisagé un déni de grossesse. Sans doute tout simplement par ce qu'ils ne savent pas ce que c'est. Aussi, une femme est en prison. Puis l'avocat fait connaissance de la femme : où est la meurtrière que je suis supposée rencontrer ?

3. - Une défense sans arme

Je découvre une cliente particulière : Des réponses énigmatiques, insolites à mes questions. Un entourage qui n'a rien vu. Melle C. ne voit pas de quel accouchement, ni de quel enfant mort on parle ! Elle ne savait pas qu'elle était enceinte !

3.1. - Les errements de l'enquête :

L'instruction va s'attacher à découvrir des pans de personnalité de ma cliente, qui sont sans aucun intérêt : La vie sexuelle de ma cliente et son degré d'intelligence, ses finances. Mais quid de la cécité de ma cliente et de son entourage à ces neuf mois de grossesse ? Quid de l'état de sidération de Melle C. au moment où un enfant sort de son corps ? Comment se fait-il que cette femme ne sache pas de quoi on lui parle ? Toutes ces questions sont passées sous silence.

3.2. - L'expertise de la "meurtrière" : L'élément crucial

L'expert doit se prononcer sur l'irresponsabilité pénale au moment des faits, mais quid pendant 9 mois ? Un des experts conclut à une responsabilité pleine et entière, se fondant sur le terme *« dissimulation de grossesse ».* Or, à la lecture de son rapport, on voit que cet expert a confondu dissimulation et déni ! Un autre expert conclut à l'existence du déni de grossesse mais conclut à une responsabilité pénale !

Autre difficulté pour la défense : sa cliente, la fragilité de cette personne mise en examen : Les pleurs, la peur, la honte du primo délinquant. Elle ne comprend rien et répond à côté.

4. - Le renvoi devant la cour d'assises : Une mère entravée

La chambre de l'instruction décide le maintien en détention :

« Attendu que si le travail thérapeutique que Melle C. poursuit en détention lui a permis de prendre conscience de la gravité de son acte et d'émettre des regrets sincères, si sa famille se mobilise autour d'elle pour la soutenir moralement et matériellement en offrant de l'héberger à sa sortie de prison, si le rapport d'expertise psychiatrique souligne qu'elle ne présente pas d'état dangereux ni de risque réel de réitérer l'infraction, ces éléments sont insuffisants pour justifier sa mise en liberté six mois seulement après la commission d'un

infanticide ; que cette atteinte à la vie d'un être sans défense, vulnérable, par sa mère qui plus que tout autre est appelée à la protéger, touche aux valeurs fondamentales de la société ; que sa perpétration a légitimement provoqué un émoi profond et durable parmi la population et un sentiment d'incompréhension .voire de rejet que manifeste encore l'isolement moral dans lequel la tienne les autres détenues ; Que le maintien en détention paraît, dès lors, l'unique moyen de protéger Melle C. et de mettre fin au trouble exceptionnel et persistant qui a résulté des faits qui lui sont reprochés ; qu'au surplus, de nombreuses investigations sont encore nécessaires à ce stade de la procédure, malgré des aveux assez circonstanciés ; que la détention paraît donc également nécessaire pour conserver les preuves et indices matériels indispensables à la manifestation de la vérité ; Qu'en cet état, la décision de refus de mise en liberté ne peut qu'être confirmée ; »

Une mère accusée

L'enquêteur vient témoigner de l'horreur de la scène du crime : Melle C. est une dissimulatrice et une menteuse. Le réquisitoire nous parle de pilule, de femme libérée, d'amants, de moyens de contraception, mais quid du déni de grossesse ?

Le verdict en demi-teinte : moins que les réquisitions et moins que pour un meurtre mais une peine sévère inappropriée à une femme ayant vécu un déni.

Preuve de ce que la Justice n'a pas su comment traiter ce cas. Pas une meurtrière mais pas une victime non plus ?

Le lendemain de ce verdict, la presse régionale relatait ce cas en ces termes : *« A Cholet, une femme a accouché chez elle et a supprimé aussitôt son bébé. »* Voilà ce que peut lire l'opinion publique encore et toujours. Nous sommes encore face au Déni du déni.

L'expertise judiciaire psychiatrique dans le déni de grossesse

Daniel AJZENBERG
Docteur en Médecine
Psychiatre des hôpitaux honoraire
Expert près les tribunaux

Après le brillant exposé de mon collègue, je vais rester bref pour m'associer, bien volontiers à ces travaux sur le déni de grossesse. Ma première observation sur cette question est de souligner que la notion de déni de grossesse en est encore à ses balbutiements.

Car, hier encore, j'étais cité à comparaître à des Assises pour infanticide. Je reviens ici, et j'entends parler de déni de grossesse.

En m'appuyant sur les faits puisés dans des cas d'assises, je vais aborder les différents aspects de l'expertise psychiatrique, et mettre en exergue les différentes facettes qui illustrent certaines spécificités de la situation et surtout des difficultés auxquelles est confronté l'expert tout au long de son travail, depuis l'analyse de la situation de l'auteur de l'acte incriminé, jusqu'à l'information des parties aux procès.

1. - Les faits :

C'est une affaire assez étonnante. Elle concerne une jeune femme de 22 ans, qui a déjà eu une première grossesse qui s'est bien passée, sans problème particulier, affirme-t-elle, avec cependant, un conjoint qui a changé de comportement, dès cette première grossesse.

C'est un couple qui s'entend très bien. Du moins, elle le décrit comme cela. Pourtant, quand elle a été enceinte, il est devenu violent, car il voulait qu'elle avorte. Elle dit expressément : « Il me battait, alors je protégeais mon ventre.. »

Dix huit mois après, elle a une autre grossesse, mais totalement différente, elle dit l'avoir cachée, mais au début, elle disait qu'elle ne se savait pas enceinte… En définitive, elle s'est probablement retrouvée dans un contexte de déni que l'on peut envisager comme un déni total, avec un accouchement inopiné, subit,

sans signes prémonitoires, hormis qu'elle a eu envie d'uriner. Elle précise alors, qu'elle a associé cela avec sa première grossesse. Elle a compris qu'elle avait les mêmes symptômes.

Elle explique qu'à partir de ce moment là, elle a ressenti un malaise. Elle a accouché dans les toilettes, et le placenta a tout bouché. (Vous pouvez imaginer la scène).

Elle dit avoir perdu connaissance et puis, elle s'est retrouvée menottée, en présence de la police, sans comprendre ce qui s'était passé.

Son conjoint l'a mise en accusation, en affirmant, que lui, il l'avait vu rentrer avec des ciseaux, et d'ajouter : « Et moi, j'ai trouvé le bébé dans un sac et je l'ai jeté à la poubelle. Par conséquent, le conjoint était mis en cause pour dissimulation de cadavre. Tout s'est fondé là-dessus. Le bébé quant à lui était décédé par hémorragie.

Dans cette affaire, la notion de déni de grossesse a bien été évoquée. On y retrouve, bien évidemment toute l'ambiguïté, l'incrédulité, voire des propos contradictoires. Mais, je rejoins mon confrère pour dire qu'actuellement la notion de déni de grossesse commence à pénétrer dans les tribunaux.

Pour bien appréhender la situation, il faut se replacer dans le contexte des assises, avec un jury populaire dans lequel il y a des parents, des pères, des mères. L'expert doit présenter la situation avec des mots simples et compréhensibles par toutes les parties présentes, et s'efforcer de faire comprendre qu'il y a déni. Ce qui n'est pas facile : Infanticide ou déni ?...

Le rôle de l'expert demeure essentiel pour faire émerger la notion de déni.

Dans le cas présenté, le problème vient du fait que par la suite, la jeune femme a varié dans ses dépositions : « Je savais que j'étais enceinte », ce qui n'a pas manqué de faire naître une suspicion de culpabilité de la jeune dame de la part de la justice.

Toujours dans cette affaire, le paradoxe est qu'elle a été incarcérée pendant six mois et anormalement privée de la visite de sa fille, ce qui vient, dans ce contexte, ajouter des conséquences néfastes.

Pendant les assises, j'ai également découvert, qu'alors que cette jeune dame était en liberté conditionnelle elle avait eu un compagnon de passage et elle avait eu une autre grossesse. Le président des assises a insisté en revenant plusieurs fois sur le caractère anormal : « Enfin vous avez une grossesse que vous avez cachée à votre mari ». Là aussi, on peut s'interroger pour savoir si elle avait perçu sa grossesse puisque dans un premier temps elle a dit que oui et dans un second temps que non. A nouveau cela s'est terminé par un accouchement inopiné dans sa voiture, à deux cent mètres de la maison de sa mère. Mais cette fois elle a pris le bébé dans ses bras et s'est présentée ainsi chez sa mère.

Il convient de souligner le caractère particulier de la situation et surtout retenir qu'elle n'a pas commis de geste meurtrier. La question qui se pose est « Pourquoi la précédente grossesse s'était-elle terminée par un acte grave et pourquoi pas les autres ? » C'est effectivement la première question que l'on peut se poser.

L'expert désigné dans cette affaire n'a pas évoqué le déni de grossesse, ce qui, malgré tout, permettrait d'engager une discussion. A cela s'ajoutent les variations de position de la jeune dame. Mais, la complexité de la situation rend le rôle de l'expert plus difficile et l'isole d'avantage. Toutefois, il ne faut pas jeter la pierre sur le travail qui se fait. Je vois que si le déni commence à entrer dans les tribunaux, c'est grâce à des experts qui posent justement, le diagnostic de déni de grossesse et, petit à petit, cela fait son chemin.

Il faut attendre que la justice ait subitement son chemin de Damas et s'illumine en comprenant, mais cela nécessite tout un travail préalable. Je crois, tout de même, que quand un expert pose le diagnostic de déni de grossesse, il soulève désormais quelque part, pour la justice, tout un questionnement.

A ce propos là, je voudrais exprimer ma profonde admiration pour le docteur Navarro qui a créé cette association, mais aussi parce qu'il est un militant. Lors du procès dont vient de parler Maître Guédo il est venu, lui-même, en tant que Président de l'AFRDG, pour donner son avis et présenter et expliquer ce qu'est le déni de grossesse. Le fait que nous ayons pu, tous les deux, dans cette affaire, témoigner à la barre, traduit une évolution.

J'ignore ce qu'il adviendra de l'affaire dont je viens de vous présenter les grandes lignes et à laquelle j'assistais hier. Mais le président a beaucoup insisté : « Est-ce, ou n'est-ce pas un déni ? »

2. - Les aspects judiciaires

L'approche de la situation en tant que déni, vient modifier la façon d'appréhender les contraintes juridiques.

Bien sûr l'avocate avait bâti sa défense sur le déni, ce que l'on comprend aisément. Elle avait en main son petit livre, contenant des références dont les auteurs sont ici présents, et disait que la dissimulation n'existait pas, qu'elle faisait parti du déni. Cependant, quand un acte a été commis, la justice est nécessairement appelée à intervenir. Ainsi, dès lors qu'il est possible d'affirmer que le bébé est né vivant, il faut bien admettre qu'il s'est passé quelque chose, qu'un acte a pu être commis. Alors la justice est bien obligée d'intervenir pour régler le problème. Certains pensent qu'il est important qu'une sanction, même légère, puisse être donnée à la personne qui a commis cet acte. Que cet acte ait été conscient ou inconscient, son

auteur doit en prendre conscience, pour qu'il puisse comprendre, que l'acte, lui-même a bien eu lieu.

On peut en discuter pendant des heures. Il n'en demeure pas moins, que la situation reste difficile.

Je crois qu'il faut faire la différence entre le déni et la dénégation qui peut laisser supposer, quelque part, que le sujet va nier, mais de manière lucide, dans un intérêt utilitaire ou autre. Le déni, on le retrouve dans la psychose. C'est un mécanisme de défense très spécifique d'une situation dans laquelle, le Moi ne peut plus trouver de solution. Le déni, peut laisser penser qu'il y a une pathologie spécifique à l'état de grossesse.

Au cours de ma longue carrière, j'ai connu beaucoup de cas d'infanticides et de déni de grossesse. Je me souviens d'un cas, dans mes débuts. C'était un couple dont la femme avait eu neuf bébés consécutivement. Elle les avait tués, et le mari les avait donnés aux cochons. Oui, on voit de tout. On rencontre tout type de comportement. Mais, à l'époque, on n'avait pas posé la notion de « déni de grossesse ».

Dans le contexte actuel, quand la personne vous dit : « Je ne savais pas que j'étais enceinte », l'expert va devoir passer du temps, comme le souligne mon collègue. Effectivement il faut écouter, essayer de comprendre pourquoi ce déni de grossesse s'est produit, et à ce moment là, vous allez plonger dans toute l'histoire de la personne : histoire familiale, histoire infantile, histoire de sa sexualité, sans négliger, bien sur, l'importance de son environnement.

Cette question, il faut la poser, car les juristes la posent : « Pourquoi, cette personne qui est intelligente, chez laquelle on ne retrouve aucun signe de psychose ou de symptôme psychiatrique grave, pourquoi n'a-t-elle pas recours aux anticonceptionnels si elle ne désire pas d'enfant ? ». Ou bien, si elle oublie de les prendre, « S'agit-il d'un acte manqué? »

L'expert, va faire des investigations en profondeur, dans tous les sens, pour pouvoir dire ensuite, à la barre, non seulement qu'il s'agit d'un déni, mais aussi, expliquer au jury la signification de ce déni, son importance, et que ce déni peut même se poursuivre par un déni de l'acte meurtrier qui a pu être commis, même, si ces cas sont fort heureusement extrêmement rares ? Pour l'expert c'est difficile, car vous êtes là, à la barre, et vous allez dire qu'effectivement il y a eu déni. Mais, elle, elle dit par exemple qu'elle est allée chercher les ciseaux, qu'elle a coupé le cordon ou qu'elle a commis un acte meurtrier, qu'elle a pris un sac et mis le bébé dedans… Vous, vous pouvez comprendre qu'elle ait été à ce moment dans un état de non-conscience, mais c'est au jury d'accepter cette notion. D'autant que ce n'est pas non plus un état de confusion, du moins comme nous les connaissons parfois, car le comportement est apparemment « adapté ».

L'expert peut donc affirmer, qu'il est en présence d'un déni, mais alors, comment va - t'il être entendu ? Dans le cas qui vient d'être exposé par Maître Guédo, nous avons essayé de bien expliquer qu'il s'agissait d'un déni. Nous avons expliqué pourquoi cela s'était déroulé ainsi, mais il n'en demeure pas moins que la personne en a pris pour huit ans !

Je voudrais souligner qu'actuellement je suis frappé, qu'après avoir insisté sur le fait d'être en présence d'un déni, les sanctions restent encore trop souvent aussi sévères. Cependant, on est à l'amorce d'une prise de conscience de la situation. Il est probable que cette notion de déni va se modifier, d'abord au niveau psychiatrique, puisqu'il n'y a pas de psychose. Même si la personne était dans un état second au moment des faits, la personne peut raconter un peu ce qu'elle a pu faire. Peut-on alors parler d'abolition du discernement ? D'abolition totale ! C'est difficile, bien sûr, la défense le souhaiterait. Si on disait « abolition » cela signifierait acquittement. Je crois que c'est difficile dans le cadre de la nosographie psychiatrique actuelle. Alors, il faudra peut-être la changer. Trouver un terme psychiatrique pour l'exprimer.

Maintenant, on va vers une notion d'altération du discernement, ce qui permet au moins aux jurés et à la cours d'en tenir compte par la suite.

Donc, au niveau des assises, cette notion d'infanticide persiste, la notion de déni en est encore à un balbutiement. On est au commencement, il y a tout un travail à continuer. Sans jeter l'anathème sur quiconque, je crois que c'est en contribuant, petit à petit, à faire évoluer et à modifier la perception que peut avoir un juré, et la perception que peut avoir la cour, qu'on arrivera effectivement à établir des règles plus précises, qui permettront en définitive aux experts de pouvoir l'insérer, dans une pathologie qui existe momentanément, et qui fait qu'une personne peut à un moment commettre un acte en dehors de toute lucidité. Mais là encore faut-il savoir qu'il y a tout de même, pour d'autres causes, des infanticides qui se produisent, et dans lesquels il n'y a pas eu déni de grossesse. C'est là que réside toute la difficulté pour l'expert.

Personnellement, j'ignore ce qu'il va en advenir, pour cette jeune femme dont je viens de vous exposer l'affaire, et qui malgré la situation paradoxale, me fait pencher vers la situation de déni, même si quelque part elle est revenue sur ce qu'elle a pu dire. Je ne sais pas si ce sera entendu. Du moins, je l'espère. Le rôle de l'expert est essentiel car il doit, dans ces situations, permettre d'envisager de retenir l'hypothèse du déni et ceci malgré le passage à l'acte.

Ensuite, la question qui va se poser : « Est-ce que la sanction est utile ? » Il est bien difficile d'y répondre. La sanction parait inutile, et l'on préfèrerait, dans le cas déni de grossesse demander que ces personnes soient aidées au niveau psychologique, au niveau

psychothérapeutique. Cependant, les questions qui sont posées à l'expert, sont les mêmes que pour un meurtre : « Cette personne présente t'elle des anomalies psychiques ? » Si oui les décrire, et dire de quelle affection il retourne. « L'acte qui lui est reproché est-il en relation avec ses anomalies ? . « Est-ce que la personne présente un état dangereux ? » « Existe t'il des anomalies mentales ou psychiques susceptibles d'abolir ou d'altérer le discernement, d'abolir ou d'entraver le contrôle de ses actes ? » Je rejoins mon collègue pour dire que depuis quelques temps, dans ma mission, je retrouve des questions qui sont assujetties plus précisément au déni de grossesse. Dans la dernière affaire, la juge dit : « définir » la notion déni de grossesse. C'est dire que cela commence à prendre corps (du sens), et l'association qui est créée, par son travail, va contribuer à accélérer le processus. Surtout, je crois maintenant que la majorité des experts, même s'ils ne peuvent pas inscrire, ce qui serait de l'ordre du pathologique pour le déni de grossesse, dans l'abolition du discernement, s'orientent vers la notion de l'altération du discernement. Reste à s'interroger sur l'utilité de la sanction, car se pose la notion de dégâts causés par le déni y compris pour la personne elle-même, (perte de son identité maternelle qui est là avec une faille narcissique importante).

Au niveau de la dangerosité, je réponds toujours qu'il n'y a pas d'état dangereux. Cela est évident. Oui, me dit-on, mais si elle a encore une autre grossesse, est-ce que cela va se passer comme cela ? Dans un tel contexte, on ne peut pas parler d'état dangereux. Dans un tel contexte, je préfèrerais plutôt qu'une sanction une approche plus thérapeutique, pour essayer d'amener la personne à mieux comprendre les raisons cachées qui ont fait, que pour une grossesse particulière, elle s'est retrouvée avec cette problématique. Cela éviterait notamment, en cas de nouvelle grossesse, une récidive, mais aussi, de mieux comprendre les soubassements de son histoire, lui permettre de faire la digestion psychique du meurtre auquel elle a participé. Parce qu'il va falloir qu'elle « digère » tout de même. Elle a donné la mort, quelque part. Alors, déni ou pas, il y a au fond d'elle-même tout un travail qui va se faire. Elle va être confrontée à la perte qui, pour moi, me parait essentielle, au niveau narcissique, la perte de son identité maternelle. Narcissiquement, quand une femme commence à considérer qu'elle n'a plus la capacité d'être une mère bienveillante, je pense, qu'il y a un traumatisme important.

La réparer de cette faille, c'est ce qui me parait essentiel. Je pense qu'un jour ou l'autre, on y viendra. Mais ce sera certainement long car il faut d'abord convaincre les jurys populaires, ce qui n'est pas facile. On arrivera, justement, à considérer, qu'effectivement, il y a une pathologie inhérente à la situation de grossesse. Sans que pour cela la personne soit étiquetée comme une malade mentale, par ailleurs. Mais que quelque part, au lieu d'une sanction, une approche

psychothérapique prolongée permettrait à cette personne de retrouver un narcissisme suffisant et pourquoi pas, aussi, une identité maternelle de qualité.

De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni

Sophie MARINOPOULOS
Psychanalyste

1. - Le déni du déni pris dans notre imaginaire originaire

Notre imaginaire originaire collectif veut la mère belle, enveloppée d'images harmonieuses, dans une atmosphère de calme et d'apaisement, telle une femme comblée, absorbée par l'enfant qui vient de naître. Nous aimons ces représentations rassurantes où les idéaux sont roi. Il nous est si difficile d'y renoncer, que nous luttons au moyen de défenses multiples, pour ne pas reconnaître que la grossesse peut être parfois, dès son annonce, pendant son déroulement ou à l'accouchement, un temps de grande vulnérabilité, une période de déstabilisation avec des turbulences émotionnelles, des réminiscences affectives qui vont jouer un rôle dans la vie familiale.

Notre difficulté est telle, qu'elle se révèle dans nos programmes de santé publique. On dénote en effet un décalage non négligeable entre la prise en compte de la santé physique et celle de la santé psychique. Pendant que l'une est investie des moyens les plus performants, l'autre se meurt. Or, s'attarder sur la gestation psychique, c'est pouvoir entendre une part des manifestations les plus surprenantes, les plus inattendues, celles qui nous heurtent dans nos certitudes et nos croyances, dans le domaine de la maternité.

Parmi les croyances incontournables, nommons les affirmations suivantes :

- la femme est toujours consciente qu'elle est enceinte
- si la femme se sait enceinte, elle a la connaissance qu'elle attend un bébé.
- si un couple désire un enfant consciemment et s'il le programme, il va l'aimer.

Toutes ces pensées peuvent être mises à mal par le monde de la naissance et les témoignages qui l'entourent. Les femmes qui viennent nous consulter, dans les lieux de naissance, se chargent de nous enseigner qu'il en est autrement, et, nous signifient au travers de

leurs vécus, l'ancrage conscient et inconscient de la naissance du parent.

Sur la question du déni, mais aussi sur d'autres manifestations pendant la grossesse, nous constatons que l'impensé des mères devient de l'impensable dans le groupe social.

Le déni du déni s'infiltre dans nos pratiques et devient un fléau.

Pour clore ce préambule, notons que ce bouleversement qui se vit dans le corps de la femme et s'inscrit dans son histoire, la malmenant parfois à son insu, est frileusement tenu à distance de nos représentations. Le désir pris dans une pensée collective qui le confond avec le souhait conscient, n'a pas fini de nous jouer des tours et de nous mettre à mal.

Et mis à mal, nous le sommes face à la violence que représente en maternité, tout ce qui n'est pas prévisible, puisqu'imprévisible : la souffrance, le refus de l'enfant, les pleurs, l'angoisse, le handicap, la mort.

2. - L'enseignement des mères

Travailler auprès des femmes, mères en devenir, nous rend témoins du processus à l'œuvre. Leurs confidences, tel un Savoir-transmis sont une succession de récits dont la mise en commun dessine une part du maternel. Cette approche des mots de mères en devenir, donnent tout son sens à l'enseignement de M. Bydlovsky, lorsqu'elle nous rappelle que : *« Le désir d'enfant qui peut paraître la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines, est en réalité un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés. A ces vœux conscients se combinent les représentations inconscientes et pour certaines transgénérationnelles, de chacun des deux parents, tout spécialement de la mère, physiquement engagée dans le processus. La combinaison va se faire dans un processus d'organisation imprévisible par avance. »*[1]

Rencontrer cette part énigmatique du Sujet-mère est une prise de conscience de la part impudique du désir, de son obscurité.
La maternité est comme l'inconscient, scandaleuse, mystérieuse, obscure, intrigante, séduisante, cruelle et elle provoque l'irruption de l'irrationnel faisant naître ainsi des histoires familiales, parentales, des liens parents enfants, qui seront nourris de cette étrangeté.

Les faits divers en sont chargés et démontrent qu'ainsi le lien parent/enfant peut être inexistant (déni, parfois néonaticide) impossible (abandon - changement filiatif pour l'enfant confié à

[1] M. Bydlovski « Je rêve un enfant » éditions Odile Jacob 2000

l'adoption) violent (maltraitance), insaisissable (délaissement), vide (carence) déplacé (abus sexuel) mais aussi le lien ne peut être qu'imaginaire (Infécondité).[2]

Ces situations rencontrées démontrent que l'enfant réel ne transforme pas toujours psychiquement, l'adulte en parent. L'adulte reconnu dans une naissance sociale, sur l'axe juridique de la filiation, comme père ou mère, peut se sentir dans une incapacité à endosser ce rôle. Notre clinique nous apporte chaque jour le témoignage de ces naufrages familiaux ou certains membres de la famille se vivent plus ou moins consciemment comme des imposteurs.

Naître parent ne va pas de soi. Il s'agit de pouvoir supporter les multiples métamorphoses imposées par sa propre histoire. Elles sont habitées de forces psychiques parfois contradictoires et qui peuvent mettre en péril la filiation sur l'axe de sa construction psychique.

3. - La grossesse psychique[3]

La grossesse psychique est une temporalité trimestrielle en référence au découpage médical de la gestation. Cette grossesse possède un rythme et des représentations propres à chaque trimestre. S'attachent à cette croissance, des maux spécifiques à la construction psychique tels que le déni du corps fécondé, le déni de l'altérité, la dénégation, l'interruption de la temporalité, la décompensation, l'angoisse, le rejet de l'enfant, l'ignorance de son statut de personne, de sa réalité, de sa place de Sujet.

Et le corps psychique de la mère, celui tenu par ses pensées, peut selon ma clinique, construire ou altérer les représentations de son enfant en intra utérin. Cette croissance continue ou interrompue, est un élément diagnostic de la grossesse psychique. Elle est repérable par les spécialistes de la psyché lors d'entretiens prénataux et occupe une place de prévention ou de soin, selon les situations.

Ce vécu psychique n'est pas à confondre avec la vie relationnelle. Il existe aujourd'hui une confusion entre la psychologie, approche relationnelle de la mère, et, le psychisme, qui structure ses pensées, et révèle son identité subjective, sa place de Sujet symbolique. Aujourd'hui l'entretien du 4ème mois, est réalisé par des professionnels qui font une observation psychologique de la situation, c'est-à-dire dans une réalité sociale, ce qui est sans effet sur le diagnostic psychique. Ces pratiques, si elles présentent un réel intérêt d'un point de vue social, ne peuvent aborder la question de l'intime, et, confirment le déni de notre société face à la part psychique du Sujet.

---

[2] S. Marinopoulos « Le corps bavard » éditions Fayard 2007
[3] S. Marinopoulos, I. Nisand « 9 mois et ceatera » éditions Fayard 2007

Le premier trimestre ouvre sur l'état d'être enceinte qui relie la femme à un corps fécondé, habité. Il s'agit d'un « état d'être ». La métamorphose corporelle est intériorisée dans le changement propre de la femme qui parle le plus souvent de son état, de son ventre, sans qu'il y ait à proprement parler de représentation d'enfant. Et c'est dans ce premier trimestre que l'interruption volontaire de grossesse, l'IVG, est possible puisqu'il s'agit pour la femme d'arrêter un mouvement en marche vers un statut qui n'est pas souhaité. La femme au regard de sa grossesse psychique, interrompt son état. Il n'est nullement question d'enfant en tant que Sujet propre, puisque celui-ci n'est pas encore représentable. Il est un potentiel de vie, d'enfant, de maternité à vivre, de futur, mais il « n'est pas ». La naissance de l'embryon est une naissance subjective à géométrie variable et porteuse de vie. Nous devons y apporter une attention toute particulière et être attentif à sa croissance.

L'entretien pré-IVG occupe sur cette question, une fonction préventive. C'est un temps où on peut entendre si la femme l'évoque sur le versant de son statut ou sur celui de l'attente d'un enfant. Une IVG faites dans le cas d'une grossesse vécue précocement comme l'attente d'un enfant, propulse dans l'après coup la femme dans le sentiment d'avoir perdu un enfant à sa demande. Dans sa fantasmatique, de l'avoir tué. Cette perte culpabilisante par sa forme volontaire est non métabolisable, non assimilable et devient un état traumatique. Dans la clinique des inféconditės, il n'est pas rare de retrouver ces situations traumatiques. Le corps en devient ensuite infécond pour des causes dites psychogènes, laissant la femme dans la détresse de cet impossible enfant et dans le deuil de celui qui aurait dû être.

C'est également dans les grossesses chez les femmes au profil carentiel parfois maltraitant que nous retrouvons des représentations d'enfant extrêmement précoces. La grossesse n'est pas encore confirmée qu'elles parlent déjà de l'enfant. Enfant réparateur dans la fantasmatique de la mère carencée en quête d'être nourrit affectivement par celui qu'elle attend. Mais une fois naît, cet enfant de la réalité qui ne peut pas combler la souffrance et le vide affectif de sa mère, devient vite persécutant pour cette mère fragile. En retour elle le maltraitera, le persécutera.

Le deuxième trimestre voit naître l'attente d'un enfant qui se caractérise par la représentation de l'enfant dans la pensée de sa mère et les émergences fantasmatiques et imaginaires qui l'accompagnent. Ce trimestre est riche d'images pour la mère et le père. Dans cette période, le foetus est examiné en le corps de sa mère, et les explorations médicales guettent sa bonne santé. Ce bébé virtuel porté par les pensées de ses deux parents, accompagne le bébé réel, niché au creux du corps de sa mère.

Lors de ce trimestre, toute la pertinence de ce concept de représentation de l'enfant dans la tête de sa mère, est démontrée dans les situations d'annonce de handicap en intra utérin, suivis quinze jours plus tard, d'une infirmation de cette annonce. Il s'agit de ce que l'on appelle dans le monde médical, les faux positifs. L'enfant est décelé par exemple avec une trisomie mais l'amniocentèse pratiquée ensuite pour confirmation, montre que le test de dépistage s'est trompé et que l'enfant est sain.

Nous constatons qu'au moment de la première annonce, les deux parents formulent (dans cet entre deux, temps où ils attendent les tests de dépistage complémentaire) : *« Je préfère ne plus y penser, je ne veux pas me faire du mal au cas où. »*

L'expression « au cas où », porteuse de mauvaises nouvelles, condamne l'enfant attendu. Elle rend implicite l'impossible arrivée de l'enfant et introduit la possible interruption médicale de grossesse. L'enfant jusque là porté comme un fils ou une fille potentielle et donc inscrit dans la lignée familiale, se trouve lâché par les deux parents. Dans ces contextes de faux positifs, se met en place un mécanisme d'annulation de l'enfant, dans la pensée parentale, mécanisme de protection face à la douleur éventuelle d'une mauvaise nouvelle. Mécanisme qui crée une faille dans le processus de représentation de l'enfant, et qui, n'est pas sans incidence sur la construction future du lien à l'enfant réel. Cet enfant attendu, jusque là porteur du narcissisme parentale, de la lignée familiale, devient l'enfant de la déception, celui qui a failli la confiance accorder. La confiance perdue, entraîne un détournement du regard intérieur de la mère projeté sur l'enfant. La mère vidée de ses pensées est une mère à la dérive qui lâche son enfant.

En provoquant une rupture dans le lien fantasmatique et imaginaire qu'ils avaient élaboré, les parents interrompent le lien à l'enfant en intra utérin. L'enfant n'est plus nourrit affectivement. Il s'asphyxie. Il y a alors un mécanisme de clivage qui s'opère mettant en scène un enfant réel qui se développe en dehors de la rêverie de sa mère et de son père. Cette effraction dans la fantasmatique maternelle lors du déroulement de la grossesse entrave la capacité de rêverie (selon Bion[4]) de la mère, provoquant un état de sidération, empêchant par la suite le développement de la capacité de préoccupation maternelle primaire (Winnicott).[5]

---

4 W.R Bion « Aux sources de l'expérience » PUF 1979

5 I. Allard et S. Marinopoulos « Prise en charge psychanalytique des touts petits au sein du Centre Henri Wallon » édition « Confluences », revue des CMPP et CAMPS, numéro 57 mars 2003

Le troisième trimestre élabore une nouvelle représentation, celle de l'image des corps séparés. Cette représentation s'accompagne de mots de la mère sur l'accouchement à venir, signe que l'événement psychique est appréhendé. L'acte de naissance repose sur l'inévitable séparation des corps mais aussi des corps psychiques. Il n'est pas rare d'assister à une fausse naissance, où l'enfant sorti du ventre de la mère, reste psychiquement relié à sa chair. Cela n'est pas sans rappeler les écrits d'Otto Rank et de son ouvrage sur le traumatisme de la naissance, qui loin de parler de l'accouchement, note la violence de cette séparation de deux êtres, parfois indissociables dans la pensée maternelle et qui plonge le nouveau né, privé de son monde sensoriel, dans un gouffre. C'est ce personnage hybride le mèrenfant (S.Marinopoulos « Le corps bavard » 2007 Fayard) que j'ai tenté de saisir en évoquant ce lien qui s'impose au-delà des corps de chair.

Et la séparation de la naissance se prépare à deux niveaux : dans des cours de préparation et dans le vécu intime des mères, pas toujours dicible. Cette séparation des corps et de la vie sensorielle, se vit, se transmet, se partage dans les rythmes que mère et enfant s'imposent. Car la vie intra utérine a son propre langage que la mère reçoit, décode, l'interprétant au grès de son vécu propre. Là est la part intime de la mère. Mère qui ressent son enfant et lui répond par les bruits de son corps, ses vibrations, ses flux, accompagnant l'enfant ou le contrant. Les mères le formulent quand elles évoquent leur quotidien, pointant par exemple que quand elles dorment, le bébé ne cessent de se manifester et que quand elles recherchent le calme, il se met à bouger. Ces perceptions annoncent un défusionnement qui se nomme d'abord dans des différences de besoins biologiques. Et c'est en cela que la préparation à l'accouchement est un exercice tant physique que psychique. La mise en mots et en images des corps séparés, renforce l'enfant dans son statut d'être différent, dont il faut se séparer. La démonstration mimée durant une séance de préparation, d'une scène de naissance où on voit un enfant sortant du bassin de sa mère, est un exercice de mise en images de la séparation, qui vient confirmer ce que la mère vit déjà avec son enfant intimement.

Parfois ce travail mental n'a pas pu se faire. L'altération de la représentation porte sur l'impossible mise en image mentale de deux corps séparés. Selon le degré de cette altération de travail mental, la femme pourra plus ou moins retrouver un équilibre après la naissance de l'enfant. Pour certaines l'image de la séparation était flou, pour d'autres totalement opaque. C'est aussi dans ce degré de mise au point de l'image, que vont s'inscrire les humeurs de la jeune accouchée. L'accouchement n'est pas qu'une transformation physiologique et hormonale. Dans le post partum il existe des degrés « d'être » qui vont d'un sentiment d'unité et d'apaisement dans le

meilleur des cas, à des expériences limites allant jusqu'au morcellement de son être.

Dans ce contexte nous pouvons voir des femmes en état de choc suite à la naissance, comme si elles étaient projetées dans cette part irreprésentable, les conduisant vers un état psychique inquiétant de décompensation, parfois interprété un peu hâtivement comme le baby blues. Hors ces contextes traumatiques qui témoignent d'un sentiment de morcellement chez ces femmes, demandent un soin psychique immédiat et rapproché.

4. - Le déni : un cas grave de l'altération de la représentation de l'enfant en intra utérin par sa mère

4.1. - Définition et rôle du déni

Le terme déni de grossesse, qui signifie que la femme n'est pas consciente d'être enceinte est apparu assez récemment dans la littérature psychiatrique puisqu'il commence à être évoqué dans les années 1970. Il est reconnu comme un symptôme assez fréquent, y compris chez des femmes qui ne présentent aucun trouble psychiatrique.

Cette observation est tout à fait fondamentale et rappelle que ce phénomène du déni, bien que pathologique habituellement par sa défense massive envers la réalité, prend une allure névrotique dans le cas de la grossesse. C'est comme si soudainement le psychisme recontactait un mécanisme de défense bien connu de l'enfance, qui s'efface normalement au profit de la naissance du Sujet social qui refoule ses pulsions. Et en refoulant il reconnaît la réalité, la prend en compte, accepte de réfréner son désir pulsionnel et donc supporte la frustration, au profit de la relation sociale et de ses bénéfices.

Le recours à un processus de déni ou de dénégation (je sais mais je ne veux pas savoir) pour sa propre protection, peut être observé dans d'autres contextes de souffrance. Le déni sert donc le Sujet souffrant, par la défense qu'il lui procure ; défense coûteuse pouvant conduire au drame. Tel le parent d'un adolescent au comportement addictif que tout le monde a vu, sauf le parent lui-même. Ou bien ces histoires de couple ou l'un a une histoire parallèle que l'autre ne voit pas, alors que son entourage tente de l'en alerter. Ne pas vouloir reconnaître la réalité arrive chez une personnalité dont la structure psychique n'est pas à mettre en doute.

Le déni protège de l'angoisse et celle ci naît d'un trop plein qui entraîne une souffrance massive. En niant la réalité, le Sujet psychique évite de contacter sa souffrance, se place au-delà.

4.2. - Le déni et le corps

Le corps de la femme pendant le déni ne se modifie pas. La femme garde une silhouette proche de celle qu'elle a habituellement. La morphologie ne change rien à ce constat. Des femmes menues sont arrivées dans leur jean moulant, et ont accouché quelques heures après, de leur enfant. Celui-ci nous le verrons ayant un poids tout à fait normal. Les femmes plus fortes, sont restées avec un corps rond mais n'ont pas présenté un ventre proéminent comme le veut l'état de grossesse. Le corps de la femme sous l'effet du déni est un corps inchangé qui vient participer à la non prise de conscience de la grossesse. Cette observation n'est en rien mystérieuse et le Docteur Nisand a pu lors du documentaire d'Andréa Rolling, apporter une explication médicale à ce qui était jusque là considéré comme un phénomène surréaliste. A l'aide d'un schéma en mouvement et trois dimensions, il compare un bébé entrain de se développer normalement dans la cavité utérine de sa mère, dans le cas d'une grossesse dite normale, et dans le cas d'un déni de grossesse. Pour la première situation, l'enfant pousse sur la paroi abdominale de sa mère et fait pointer le ventre en avant. Dans le deuxième cas, le bébé se place en longitudinal, ne modifiant quasiment pas la morphologie maternelle. Dans les deux cas de figure, l'enfant est tout à loisir de grandir et de grossir. Seul l'aspect extérieur du corps de la mère, pris dans une tension particulière propre au déni, reste inchangé.

Quant à l'idée de ce bébé qui ne bouge pas et ne se fait pas contacter, il développe toute la capacité interprétative de la mère en devenir qui vient décrire une vie fœtale, grâce au lien fantasmatique qui la lie à son futur bébé. Ainsi ce ne sont pas les mouvements réels du fœtus qui donnent vie au corps de l'enfant mais bien les interprétations maternelles, qui lui permettent d'accéder à cette dimension vivante. Cette observation du docteur Nisand issue de sa longue pratique de gynécologue, donne tout son sens aux travaux psychanalytiques sur les liens précoces du fœtus à la mère et leurs participations à l'identité de l'enfant à naître. Cela donne corps à mes propres observations qui notent à propos du fœtus, qu'il n'est et ne peut naître vivant que s'il est pensé par la mère. En cela elle donne la vie à l'enfant.

En parallèle de la question des mouvements des fœtus ressentis ou pas, par la mère, se pose la question des maux habituels de l'état de grossesse. Ceux-ci semblent inexistants. La femme continue sa vie quotidienne, pouvant faire du sport à l'excès si telle était son habitude, ou des travaux fatiguant si son travail le lui demandait.

Dans les consultations qui suivent la levée du déni, nous assistons à un discours rationnel sur des manifestations qui auraient pu être une révélation de leur état. Pour exemple, Stéphanie qui avait

constaté une prise de poids mais elle l'avait interprétée au regard de son travail en boulangerie. Ou bien encore Céline qui n'avait plus ses cycles, mais qui trouvait cela normal du fait de son angoisse depuis que son ami l'avait quitté. Quant à Florence qui elle aussi avait constaté l'arrêt de son cycle, elle affirme *« Je faisais un régime fatiguant et je me suis dit qu'il m'avait sûrement détraquée ».* D'ailleurs, elle affirme que durant tout l'été elle est partie faire de l'endurance et qu'il y a quelques semaines avant notre rendez-vous de ce jour, elle participait à une compétition sportive. Elle était alors enceinte, sans le savoir de 8 mois ! Nous pourrions nous remémorer de nombreuses histoires, toutes aussi sidérantes les unes que les autres.

Ces interprétations écran servent le Sujet et appartiennent pleinement au déni. Femmes empêchées de sentir, de savoir, de penser. Femmes aux accents de vérité, isolées dans leur souffrance sourde, souvent interprétées comme des dissimulatrices ou des menteuses, plaçant leur mal être sur le jugement moral et non sur le signifiant. Terrible est le déni par ce qu'il fait naître en chacun.

4.3. - Le déni est contagieux

Cette contagion repose sur notre aptitude individuelle et collective à utiliser le déni dans des situations données.

Dans un couple le déni est partagé. La femme ne sent rien, l'homme ne voit rien. La conjugalité psychique permet l'économie psychique de chacun.

Le déni n'est pas réservé à un milieu social particulier et un contexte familial défini. Tous les milieux sociaux, toutes les tranches d'âges, toutes les constructions conjugales sont représentées et viennent heurter nos représentations.

Même dans le milieu médical, circule des histoires qui le confirment. Tel ce médecin qui nous oriente une de ses proches pour une tumeur grossissante et nous demande une intervention, alors que la jeune femme en question était enceinte de six mois. Longtemps nous avons parlé de la belle tumeur, riant de notre collègue, pour nous défendre de la dimension anxiogène de la situation. Car nous sommes conscients que personne n'est à l'abri d'une erreur de diagnostic dans des cas comme celui-ci. Les femmes décrivent leurs symptômes dans un contexte qui évacue la grossesse et celle-ci impensée, est de l'ordre de l'impensable. Le jugement de l'interlocuteur s'en trouve altéré.

C'est ainsi que Béatrice la veille de son intervention pour des varices, confie à son médecin, pendant l'examen médical, alors qu'elle est assisse en sous vêtement au bord de la table d'examen,

des mouvements douloureux dans son ventre. Celui-ci interprète aussitôt ces symptômes comme un excès d'angoisse de sa patiente face à l'intervention prévue pour le lendemain. Pas une question sur un état de grossesse possible. Pas une proposition d'investigation abdominale.

Mais les professionnels ne sont pas les seuls à être leurrés. Les proches sont hors de la pensée d'une grossesse. Bien des familles se sont ainsi trouvées au pied du lit de leur fille, belle fille, sœur, cousine, abasourdie par la réalité de l'enfant venant de naître. Tous se sentent mal à l'aise, eux-mêmes dans une incompréhension face à leur propre cécité. Car être un voyant aveugle, revient à être aux prises avec un silence hurlant. Le bruit à l'intérieur de soi est terrifiant et les questions en forme de flux, attaquent celui qui n'a pas voulu/pu voir.

4.4.- Le déni et les pères

Les pères sont présents dans plus de 50 % des cas pour les situations que j'ai rencontrées. Ils sont particulièrement perturbés et sidérés par ce qu'ils vivent et l'annonce est un choc. Le déni persiste dans des formulations autoritaires et sans appel : c'est impossible. Cette tentative de garder en dehors d'eux cette annonce est parfois nécessaire pour que celui-ci garde un minimum de lucidité et qu'il ne sombre pas dans ce qu'il appelle souvent le cauchemar. Proche du morcellement comme peut l'être un accouchement pour la femme, ils naissent père en faisant l'expérience de ce trou béant qui les aspire et risque de les faire sombrer.

Le refus est une tentative désespérée de rester ce qu'il était avant, avant l'annonce, avant les terribles mots qui tels des éléments béta déchirent leur être. Panique, refus, violence, agressivité, peur, sidération, rien ne leur est épargné. Ils rencontrent ainsi leur propre déni et la haine parfois se manifeste. Sourde ou frontale, elle est capable de haïr la mère, celle qui les a trahis, celle qui les a lâchés. Ils les accusent de menteuses, hurlent à la trahison. Car s'ils s'accordent, en reprenant leur esprit, le droit au déni, ils ont du mal à l'accepter pour leurs femmes, considérant que le passage par le corps est la preuve incontestable qu'elles auraient dû sentir quelque chose. Et dans la pensée de celui qui n'a pas vu, on peut ne pas voir mais on ne peut pas ne pas sentir.

Quand leur état de grande souffrance s'exprime par une sidération massive, c'est la présence bienveillante des professionnels, qui va jouer un rôle fondamental. Les mots posés alors sont à l'égal du psychanalyste qui prête son appareil à penser pour que l'autre pense sur son impensable. La comparaison s'arrête là, mais vaut pour

démonstration de permettre à l'homme appelé rapidement père alors qu'aucun processus ne touchant à cette construction n'a pu s'amorcer, de quitter sa pensée blanche et de s'appuyer sur ses témoins pour le faire. Il apprend ainsi que d'autres couples ont traversé une épreuve identique, ce qui le relie à une communauté humaine. Son étrangeté a déjà été. Elle a laissé des traces, que les professionnels portent en eux et lui transmettent. Une expérience d'un autre que soi, qui sur un mode identique et différent a traversé l'épreuve de cette métamorphose traumatique.

Quant au bébé venant de naître, il n'est pas objet de haine. Généralement il est vu et décrit comme innocent dans cette histoire. *« Il n'y est pour rien lui »,* me dit un père en regardant avec tendresse l'enfant né qui le rend père par les mots de ceux qui l'entourent.

Ainsi si conflit il y a, c'est avec la mère, et parfois le couple ne se remet pas de cet événement, allant vers une séparation. L'enfant reste majoritairement avec la mère.

4.5. - Le déni à l'épreuve du psychisme : quelles hypothèses psychopathologiques ?

Il est difficile de prendre conscience de l'inconscient et d'imaginer que le corps peut être un acteur à part entière dans ce refus ou cette acceptation de la vie à venir. Comprendre que dans le refus il y une part d'acceptation et que dans l'acceptation, il y a du refus, signifie bien la part énigmatique et insaisissable de l'être humain, sa part inconsciente. Le déni dans son fonctionnement rappelle la complexité du désir humain.

Les femmes prises dans la problématique du déni, nous troublent par leur apparente normalité. Joyce Mac Dougall[6] parle de notre capacité collective à être des normopathes. Je dirais à sa suite, comment le personnage social arrive à cacher, ou grimer, le Sujet psychique et ses troubles.

Un être social vit dans un monde réel, il a des relations sociales, elles sont visibles, mesurables. Le monde relationnel est celui qui est exploré et décrit. Un sujet symbolique est celui du monde virtuel, il est relié à notre vie intérieure, intime, liens précoces constitutifs de notre identité psychique. Nous sommes ainsi inscrits dans des liens signifiants, qui composent notre récit de vie, notre roman familial. Comme dans un film : il y a des premiers rôles, des seconds rôles, des figurants, des figurants qui parlent d'autres non. Leur place ne sont pas identiques, ni interchangeables, ni comparables. Quand nous sommes confrontés à des faits divers, la personne sociale agit, révélant le Sujet psychique.

---

[6] J. Mac Dougall « Le théâtre du corps »

La compréhension ne peut se faire qu'en explorant l'histoire singulière de la personne agissante, non pas dans la réalité de sa vie, mais dans sa construction intime.

Dans la gravité psychique il y a des degrés. Ce n'est pas la même chose en psychanalyse d'avoir à régler des fantasmes refoulés ou de ne pas avoir construits des fantasmes puisqu'ils ne sont jamais rentrés dans le code du langage.[7] Les fantasmes refoulés signifient que le bébé dès la naissance est rentré dans des liens signifiants et a construit les différentes étapes de sa croissance allant vers la constitution de sa névrose infantile. Sa vie affective s'équilibre entre une mère et un père occupant des fonctions symboliques structurantes, qui lui permettent de constituer sa première identité, identité corporelle et subjective.

Dans les significations inconscientes mises en mot dans le contexte d'introspection analytique, il y a une différence entre l'atteinte de l'image corporelle que peuvent ressentir nos patients et un fonctionnement somatique. Et sur la question de la peur de l'atteinte corporelle, nos patientes ne cessent de nous questionner.

La peur archaïque du sujet humain, se fonde sur la peur de perdre une identité subjective. La peur est la perte de soi même. Perdre le sentiment de soi corporel et individuel est terrifiant pour un individu. C'est ce que vivent les femmes entrain d'accoucher alors qu'elles ne se savaient pas enceinte. C'est comme si soudainement elles se morcelaient, se démantelaient, les poussant à l'extrême limite de leurs ressources.

Ainsi le déni pose, comme d'autres manifestations d'ailleurs, la question du noyau psychotique dans toutes organisations névrotiques, et le repli sur ce noyau à chaque fois que le psychisme est menacé par un événement à forte dose traumatique.

La naissance peut être un événement traumatique.

4.6.- Déni de l'altérité : le néonaticide

Le néonaticide est l'acte de la mère privant son enfant de la vie à la naissance. Le néonaticide est le cas le plus grave dans lequel parfois le déni plonge les mères. Ce trouble grave de la représentation[8] qui prive la mère d'une pensée sur son enfant, est un déni qui va bien au-delà du corps ignoré. Certes la femme enceinte méconnaît son état privant l'enfant de son existence. Mais en est-elle à son premier déni ? Car c'est ainsi que la question du déni se pose dans le contexte d'un drame. Il est si difficile à mes yeux de rendre compte du déni encore aujourd'hui, que j'ai fait le choix de confier mes

---

[7] J.Mac Dougall opus cite
[8] Sophie Marinopoulos, « *Dans l'intime des mères* » Fayard 2006

mots à une écriture romanesque, qui décrit la vie ordinaire d'Eva. J'ai tenté tout au long de la trame de l'écriture, de démontrer cette force intérieure qui nourrit le déni dès la prime enfance d'une femme, sous le regard aveugle de ses proches, ses voisins, amis, collègues, famille élargie, mari, enfants déjà nés, dans un quotidien d'une banalité désarmante.

Car c'est un faisceau de cécité qui vient donner corps au corps endormi de la femme. Eva est devenue un personnage imaginaire, dessiné à partir des rencontres de mes patientes, et elle est hautement représentative de la construction du déni. Déni d'abord dans son corps sensoriel d'enfant, qui face à des non rencontres émotionnelles/ affectives, va être privé d'un matériel indispensable dans les relations humaines du décodage de l'affectivité en soi et en l'autre. Eva, au lieu de s'ouvrir à un corps qui ressent, éprouve et construit à partir de ses sensations précoces en lien avec la mère, une vie émotionnelle, va au contraire, se fermer, se refermer, s'enfermer, dans un monde si opaque que pas un sens ne passe.

Apprendre à ne pas ressentir pour survivre.

Construire sa carapace pour supporter l'insupportable : être sans être. Là, pas de traumatisme de la réalité tels que nous les fantasmons : inceste, maltraitance physique, violence, abandon. Non. Seulement un mal construit dans une vie banale, où l'enfant est nourrit mais jamais repu, où l'absence règne dans une présence continue, où un silence s'inscrit dans un bavardage incessant. La douleur cachée derrière un écran de normalité fait son œuvre. L'enfant intérieur se dessèche, se fait petit, discret, sans exigence, ni demande. Il est d'ailleurs, quand on écoute les récits d'après coup de ces affaires dans les audiences au tribunal, un enfant sans histoire. Car oui ces femmes sont décrites sans histoire et cela alimente l'étonnement du public, sa colère aussi car elle n'avait donc aucune bonne raison d'agir ainsi. Car sur ce sujet retenons qu'une pauvre histoire, aurait donné du sens à son geste : on aurait pu comprendre. La pauvreté n'étant que réalité

Le déni du déni de la vie psychique, de sa part vivante du Sujet, de son indispensable malléabilité affective et émotionnelle, est au cœur de ces affaires, dont la tristesse ne repose pas que sur la mort de l'enfant, mais bien sur la mort du Sujet pensant, Sujet-mère, ignorée dans son être.

Le déni ? Une cruelle manifestation psychique d'une souffrance intime, profonde, indicible.

Conclusion

L'attente d'un enfant est une affaire autant physique que psychique et nos programmes de santé publique devraient en tenir compte.

Pour accompagner ce moment de la vie, nous devons nous appliquer à soigner les mères en nous appuyant sur la qualité de nos techniques, de notre sécurité médicale, de la performance de nos outils scientifiques. Il nous faudra aussi prendre soin d'elles, par une approche humanisante qui tient compte des pensées parentales, organes virtuels à ausculter en prenant le temps d'entendre les mots qui les dessinent, afin de s'assurer que leurs pensées sont prêtes à accueillir l'enfant attendu.

(Article édité dans la revue le Champ psychosomatique 2009)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

D. Anzieu, W.R Bion, M. Bydlovsky, J.M Cinq Mars, J.M Dougall, F. Dolto, C. Flavigny, A. Fouques, S. Freud, G. Haag, D. Houzel, P. Lévy-Soussan, S.Marinopoulos, S. Missonnier, J.D Nasio, P.C Racamier, W.D Winnicott

Qui vous dit qu'elle l'a tué ?

Docteur Félix NAVARRO
Médecin de santé publique
Président de l'Association Française pour
la Reconnaissance du Déni de Grossesse,Toulouse

Avant de centrer mon propos sur ce qui constitue le thème de la table ronde de ce matin, que je développerais en trois grands points, il ne me semble pas inutile de souligner, qu'à ce stade du Colloque, les différents intervenants qui se sont succédés à cette tribune – en plénière, comme en atelier – nous ont déjà permis de constater combien nous pouvions avoir, les uns et les autres, d'idées préconçues, toutes faites, ne correspondant pas (et peut-être parfois, de loin), à la réalité. Ils ont apporté des données, souvent irréfutables, ils ont éclairé et mis en perspective cette situation pathologique que constitue le déni de grossesse et ont ainsi, certainement, modifié notre regard. Je les remercie vivement, tous, à la fois de leur participation et de leur importante contribution et je saisis l'occasion pour remercier aussi les quelques 300 femmes qui, à la suite de leur déni de grossesse, ont bien voulu communiquer leur témoignage à l'AFRDG, à toutes celles qui ont accepté de nous rencontrer pour des entretiens collectifs ou individuels. Toutes nous ont beaucoup fait avancer dans notre connaissance et compréhension du sujet. Qu'elles en soient, une fois de plus, remerciées.

1.- Décès et néonaticide ?

Déni de grossesse et décès du nouveau-né, tel est le thème de cette table ronde – il ne vous aura pas échappé que le titre est « décès » et pas « infanticide » ou « néonaticide », le choix du terme n'est pas neutre : nous avons souhaité envisager toutes les situations.

Même si le décès du nouveau-né n'est que la pointe médiatiquement émergente de l'iceberg du déni de grossesse, c'est une pointe tout à fait capitale, c'est parfois la seule qui soit connue du grand public, et c'est celle qui donne des affaires judiciaires retentissantes. C'est pourquoi d'ailleurs l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse avait officiellement invité la Chancellerie à participer à ce 1er Colloque, à venir y exprimer son point de vue. Demande restée sans réponse. Entouré comme je le suis ici d'éminents psychiatres et psychanalystes, puis-je m'autoriser à dire qu'il y a des non-réponses qui me semblent plus parlantes que des réponses ?

Pour entrer maintenant dans le vif du sujet, et pour donner le point de vue de l'AFRDG sur le thème précis de cette table ronde, je vais dire qu'il en va pour le décès du bébé comme pour le reste du déni : nous sommes confrontés à des simplifications abusives. Simplifications qui voudraient, en ce qui concerne la mère et comme l'ont bien souligné le Professeur Christoph Brezinka et le Privat-Dozent Jens Wessel, qu'elle soit jeune, immature, voire « folle » ; simplifications qui voudraient, en ce qui concerne le nouveau-né, que tout décès soit la conséquence d'un homicide. Le titre que le quotidien régional à consacré hier sur toute une page à l'ouverture de ce Colloque[1] – ou il se dit pourtant beaucoup d'autres choses – est la parfaite illustration de mon propos. Bref, nous ne sortons pas de cette équation simplette : Ce bébé est mort, c'est donc que sa mère l'a tué. Et, si elle l'a tué, il faut la punir. Raisonnement faux mais apparemment imparable !

Certes, avec ce raccourci cinglant et sanglant, comme les choses sont simples ! Grâce à lui, tout se passe :

- comme si la naissance, était un épisode tellement anodin qu'on n'en mourrait jamais,

- comme si (et je fais abstraction ici des conditions psychiques, physiques et matérielles tout à fait particulières qui sont celles de l'accouchement qui vient conclure un déni, pour ne parler que du cas général), comme si, finalement, tous ces CHU, ces maternités que nous avons toutes ces sages-femmes, ces auxiliaires, ces obstétriciens… étaient simplement des éléments de confort, un luxe supplémentaire que la société offrirait aux femmes, et non pas ce qu'ils sont dans la réalité : des structures et des professionnels dont une des plus importantes missions est tout simplement de faire que ce moment à haut risque pour la mère et l'enfant que constitue l'accouchement se passe bien. Et pour cela, nous savons tous ici qu'il est parfois nécessaire de disposer d'équipes compétentes qui soient en situation de réanimer, dans les secondes qui suivent l'accouchement, un bébé en état de mort apparente ou en souffrance.

- comme s'il n'avait pas été nécessaire au Ministère de la Santé d'adopter et de mettre en œuvre des plans périnatalités, justement, pour diminuer la mortalité périnatale dans ce pays,

- et comme, pour verser moi aussi dans le simplisme, comme si, quand un bébé décède dans la meilleure des maternités, la presse et la justice se précipitaient pour nous assener : Ce bébé est mort, c'est donc que l'obstétricien l'a étouffé !

Evidemment, l'absurdité d'une telle conclusion saute aux yeux. Mais, pourquoi l'absurdité d'un tel raccourci (« Il est mort, c'est donc qu'il a été tué ») qui saute aux yeux quand un bébé meurt dans

---

1 La Dépêche du 23 octobre 2008, « Pourquoi des mères tuent leurs enfants »

la meilleure maternité entre les mains de la meilleure équipe ne serait-elle pas à examiner, à prendre en compte quand un bébé meurt, dans les suites d'un accouchement survenu :

- sans que la femme ne puisse aucunement s'y attendre,
- sans même qu'elle comprenne bien – et parfois pas du tout – au moment même ou le fait (c'est-à-dire la naissance) se produit, ce qui est en train de lui arriver,
- et, tout cela dans la plus grande des solitudes – c'est-à-dire sans la moindre possibilité de conseil, sans la moindre assistance – dans le fond de ses toilettes ou de son garage ?

Pourquoi d'ailleurs les seuls bébés qui « n'auraient pas le droit » de mourir de mort naturelle seraient ceux qui naissent dans les pires conditions, à la suite d'un déni total de grossesse ?

Mais qu'avons-nous, dans notre imaginaire collectif (puisqu'on a beaucoup parlé d'imaginaire dans ce Colloque), pour que, sans hésitation, la femme qui a eu le malheur de perdre son bébé soit immédiatement, massivement et sans discussion qualifiée de criminelle ? Cette pression irrationnelle est telle qu'en écoutant, il y a quelques instants, les remarquables propos liminaires du Docteur Michel Libert, j'ai eu cette pensée horrible *« Quelle chance ! »*. Quelle immense chance en effet ont eu les trois femmes de son étude dont le bébé est mort ! Car cette mort est intervenue entre les mains de praticiens urgentistes. Oui, vraiment, quelle chance, parce que, si cette mort était intervenue ne serait-ce qu'une seconde avant l'arrivée de chacune des trois ambulances, la vie de ces femmes qui venait déjà de se briser – on ne sort pas indemne de la mort de son enfant, de son bébé – aurait basculé dans un gouffre dont on sort encore moins indemne : garde-à-vue, lynchage médiatique, opprobre sociale, prison préventive, harcèlement par les autres détenues – en prison aussi, il y a des hiérarchies de crime, et celui sur enfant est le pire – séparation d'avec ses autres enfants – avez-vous pensé à ce qu'on leur dira sur leur mère, à ces autres enfants, à l'école ? – contrôle judiciaire tatillon procédure épuisante, comparution publique, condamnation pénale et tout son corollaire...

Mais revenons au cas général. La situation dans laquelle nous sommes n'est pas sans rappeler celle dans laquelle nous étions.– ou étaient au moins certains pays – jusqu'à il y a peu d'années, face à une autre mort tout aussi mystérieuse, celle du nourrisson :

Un nourrisson de quelques mois, jusque là en parfaite santé, décédait brutalement, dans son berceau … et alors le couperet tombait : il était mort, donc on l'avait tué. Logique imparable. Donc, les parents étaient poursuivis pour ce meurtre horrible. Donc ils étaient incarcérés préventivement. Donc condamnés ensuite. En Angleterre, jusqu'à il y a peu, ces malheureux parents, qui venaient de vivre le

drame de la perte d'un bébé, étaient tellement systématiquement condamnés à la prison, lourdement – dans le but certainement de les punir, et peut-être pensaient certains, pour leur plus grand bien psychique – en Angleterre donc, maintenant que l'on sait avec certitude qu'un nourrisson peut mourir brutalement sans intervention criminelle, la Chancellerie a du lancer, sous la pression de l'opinion publique, un programme de révision de ces dossiers et cette opération s'est traduite par nombre de réhabilitation, d'acquittement de ces parents… parfois un peu tard, longtemps après qu'ils aient purgé une peine inique.

Rien n'interdit de penser que ce qui est vrai pour la mort subite du nourrisson ne le soit pas pour celle du nouveau-né. De nombreux éléments au contraire invitent à le faire. Et, d'ailleurs, il est possible de pousser la comparaison plus loin, justement à cause de la complexité et de la diversité des causes en jeu dans les deux cas. On est en droit de penser, et les recherches d'Anne Turz[2] vont dans ce sens, que toutes les morts subites et inopinées du nourrisson ne sont pas des morts aussi naturelles que ça, et que, dans certains cas, il y a un geste de l'entourage qui a (volontairement ou pas, c'est un autre débat) entraîné la mort de ce nourrisson.

Ni angélisme donc, ni diabolisation systématique. C'est ainsi, dans cette diversité de situations, dans ces réalités nuancées, que la problématique du décès du nouveau-né à la suite d'un déni de grossesse se pose pour l'AFRDG.

Oui, il y a des mères qui commettent un néonaticide (c'est le terme qui convient) le plus souvent par un geste fulgurant (jet par la fenêtre, strangulation complète, coups violents). Mais, faut-il le rappeler, elles le font dans un contexte psychique tel – quand il s'agit d'un déni total, d'un déni profond – que ce geste relève à notre avis des dispositions sur l'irresponsabilité pénale.

Il y a aussi les cas où ni la mère ni personne ne sait trop ce qui s'est passé et ne le saura probablement jamais.

Et, oui également, on peut l'affirmer il y a les cas ou le bébé décède, de mort naturelle ou par absence de soins, des soins qui auraient du être apportés – pour sauver l'enfant – dans les heures qui ont suivi l'accouchement, parfois dans les quelques instants, des soins qu'une mère seule ne saurait apporter surtout si elle est, comme dans l'accouchement d'un déni total, en situation de sidération. D'autant que, même quand une mère perçoit alors son nouveau-né

2 Voir par exemple Tursz A, Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets. Mission de recherche Droit et Justice / Synthèse 137 / septembre 2005. http://www.gip-recherche-justice.

comme ce qu'il est – et pas comme une chose innommée à laquelle elle est plus encore dans l'incapacité d'accorder des soins – elle peut très bien, nous en avons plusieurs exemples, le percevoir comme déjà mort, soit que le bébé ne donne pas réellement de signe apparent de vie (le tableau de la mort apparente du nouveau-né, décrit dès le XIXème siècle, correspond à cette possibilité) soit que la mère continue à percevoir la réalité de façon altérée (une poursuite du déni en quelque sorte). Je vous propose un cas clinique pour illustrer mon propos :

Celui d'un couple, très haut niveau social, tous les deux de très fort niveau d'études, des personnes équilibrées, comme chacun d'entre nous. Une nuit, l'épouse est prise de douleurs. Sans réveiller son conjoint, elle se rend dans la salle de bain, et là, surprise, elle accouche, de quoi, d'un bébé mort-né. Désemparée, cette femme met son peignoir, emballe le cadavre dans la première chose qui lui tombe sous la main (une serviette) sort de sa villa, dépose le cadavre sur la poubelle du voisin, et puis, parce que cette femme est foncièrement croyante, elle récite une prière sur ce petit corps. Bouleversée, semi-confuse encore, elle rentre chez elle. Rien, finalement, pour nous, pour vous maintenant, que de très « classique » dans une affaire de déni total. Quelques minutes plus tard, un voisin qui promène son chien entend des vagissements, il s'y dirige, et il trouve un bébé bien vivant et pas content du tout d'être sur une poubelle. Dans ce cas aussi – j'ai assisté à son procès – je n'ai pu m'empêcher de penser *« Quelle chance ! ».* Quelle chance que la première chose qui soit tombé sous la main de cette maman cela ait été une serviette de toilette et non un sac poubelle. Quelle chance que cela se soit passé dans la salle de bain et non dans la cuisine ! Dans un sac en plastique, le bébé se serait probablement étouffé, et au lieu d'être « simplement » poursuivie pour délaissement – bien que ce bébé, devenu petit garçon, soit maintenant élevé par sa famille dans les meilleures conditions – elle serait passée aux assises pour meurtre.

Tout ceci pour vous indiquer que, quand une femme vous dit *« Ce bébé, pour moi, il était mort »,* vous pouvez croire qu'elle ne vous ment pas, parce que, effectivement, elle peut le voir mort alors même qu'il est vivant (soit, je le répète qu'il ait effectivement été dans un état proche de la mort apparente, soit qu'elle n'ait pas pu voir, soit les deux conjugués). Mais, pour revenir à mon propos, à l'évidence cette perception – erronée ou pas – de la réalité ne peut que renforcer son incapacité à faire face à la situation. Et pourtant, cette incapacité (que toute autre femme, même sachant parfaitement qu'elle était enceinte aurait pu avoir face à une mort apparente de son nouveau-né), cette incapacité qui se situe ici dans le continuum d'une situation

pathologique, celle de déni, va mener, inexorablement cette femme devant les tribunaux, devant les assises où elle sera condamnée.

Quel déni de justice ! Non seulement cette femme était enceinte sans le savoir, non seulement elle accouche dans des conditions désastreuses, non seulement elle a le malheur de perdre son bébé – et rappelons-le, dans au moins une bonne moitié des cas sans avoir commis le moindre geste pour qu'il meure – mais, en plus, elle va se retrouver dans une situation kafkaïenne, tout cela, sur une simple idée reçue : le bébé est mort, c'est donc que sa mère l'a tué. A ce stade, les principes même du droit sont bafoués, et si monstre il y a quelque part, on nous permettra de penser qu'il ne s'agit certainement pas de la femme mais de la machine judiciaire.

Restent à débattre deux questions que je voudrais aborder plus brièvement pour laisser aux autres intervenants et à la salle le temps de la discussion. La première concerne les « expertises ».

2.- Qu'elles expertises ?

En ce qui concerne les expertises psychiatriques, le Docteur Ajzenberg nous a fait partager ces interrogations et a fait ressortir avec beaucoup de finesse toute la difficulté de l'exercice. Je partage son point de vue : l'expertise en psychologie, en psychiatrie est indubitablement délicate. Je ne peux cependant m'empêcher de penser – c'est un euphémisme – que si l'expert connaît le sujet, son expertise n'en sera que meilleure. Or, à l'évidence, les dossiers sont là, certains experts ignorent tout de la question. Le cas que vient de citer Maître Guédo est loin d'être unique. C'est plus que regrettable. De plus, pour les cas que j'ai vus, la carence ne s'arrête pas là. Beaucoup de femmes jugées à ce jour n'ont pas eu d'expertise obstétricale. Or, les conditions même de l'accouchement sont, qui pourrait le réfuter, de nature à éclairer la justice s'agissant de faits concomitants justement à cet accouchement. Les conditions psychologiques d'un accouchement avec déni, ce n'est pas que de la psychiatrie ; c'est aussi de l'obstétrique. Les obstétriciens, on l'a vu ce matin avec l'intervention tout à fait passionnante et nourrie du Professeur Israël Nisand ont beaucoup de chose à nous apprendre sur l'état psychologique d'un accouchement – standard et encore plus avec déni – ce sont eux et les sages-femmes qui savent ce qui se passe à ces moments-là, pas les psychologues ou psychiatres qui sont rarement en salle d'accouchement ! Cela semble incroyable qu'on ait besoin de le dire, mais c'est la réalité. Et l'action de l'AFRDG sur ce point est une action forte, pour demander à la justice, via la défense, dans chaque cas, une expertise obstétricale. C'est nécessaire, indispensable.

Et puis, il y a les expertises de médecine légale. Elles sont essentielles dans les procédures judiciaires quand il s'agit de dire *« Oui, la mère a fait un geste, elle a étouffé son enfant* » ou *« Non, la mère n'a pas fait ce geste, l'enfant est mort, on ne sait pas de quoi »*. Ici aussi mon expérience me fait reprendre textuellement les propos que vient de tenir le Professeur Nisand. Je le cite : *« Quelle pauvreté dans ces expertises ! ».* C'est le plus souvent de la médecine légale de base, qui conduit l'expert à conclure *« étouffement* » là ou ce qu'il constate, s'est simplement un arrêt de la respiration ! Quel raccourci ! D'autant qu'ici non plus, les mots ne sont pas neutres et ont de lourdes conséquences. Ils orientent la procédure. Que dire quand ces premières expertises rapides parlent d'étouffement et, que quand on fait une contre-expertise sérieuse, ce qui est rarement demandé, on ne retrouve pas les stigmates, les marqueurs qui caractérisent, sur le plan anatomopathologique l'étouffement, et qui sont pourtant bien connus ? Certes tout ceci est bien technique et parfois difficile à suivre – Je connais un cas ou le magistrat, dans son ordonnance de renvoi, interprète ces données scientifiques exactement à contresens... – mais tout de même, quand il en va de peines aussi lourdes et infâmantes, un petit effort serait souhaitable.

A la base de ces erreurs, la présence d'air dans les poumons. Globalement, pour certains experts, s'il y a de l'air dans les poumons, c'est que le nouveau-né à respiré – par un mouvement actif s'entend – et, s'il est mort, c'est qu'il a arrêté de respirer, donc qu'il a été étouffé. Je vais me permettre de reprendre une troisième et dernière fois ce que le Professeur Nisand vient de nous expliquer, avec son immense expérience d'accoucheur : qu'à cause des mouvements mêmes de l'expulsion, le bébé pouvait respirer passivement – de manière semblable à celle que l'on utilisait autrefois pour la respiration artificielle en mobilisant le thorax – et que la présence d'air dans les poumons ne signifie donc pas automatiquement que le nouveau-né a respiré activement et encore moins qu'il a été étouffé.

3.- La prison, un espace thérapeutique ?

Enfin, je voudrais discuter une dernière question : l'intérêt thérapeutique de la prison (ou d'une condamnation) à la suite du décès d'un nouveau-né s'inscrivant dans le cadre d'un déni de grossesse.

C'est un point de vue qui est argumenté par certains psychothérapeutes ; de moins en moins, il faut bien l'avouer.

Tout d'abord, personnellement, cela me laisse une impression de confusion entre ce qui est la nature même de la justice pénale (la sanction) et la nature même de la médecine (le soin). Certes, dans les deux cas, il est question de « loi », mais, je pense, peut-être à tort,

qu'en dehors d'une similitude terminologique, la « loi pénale » et la « loi symbolique » ne se confondent pas, ne sont pas une seule et même chose.

Mais, examinons la proposition de départ. Au fond, l'idée est qu'une période de mise à l'écart – en prison – permet seule l'élaboration de la pensée et la sortie définitive du déni.

Je voudrais proposer à votre réflexion trois remarques :

- Une réflexion très générale tout d'abord. S'il convient de mettre en prison les femmes qui font un déni de grossesse pour « soigner » le déni; pourquoi réserver cette « thérapie » à ces seules femmes ? Pourquoi ne pas en faire « bénéficier » les autres dénis ? Nous en connaissons beaucoup d'autres en médecine. Ils accompagnent généralement, à certaines phases, les maladies les plus graves. Si ce « traitement » est efficace, pourquoi ne pas mettre en prison le monsieur cancéreux qui déni son cancer ? Certes, pourra-t-on rétorquer le déni d'un cancer n'aboutit pas au décès d'un autre être. Mais, d'une part le débat ne porte pas ici sur ce point, il porte sur les meilleurs approches thérapeutiques pour « faire tomber » un déni, et, d'autre part, le déni d'un cancer n'est pas sans conséquences : en retardant le soin, il peut ôter les chances de guérison, avec les répercutions que cela entraîne pour la personne et pour les autres (se retrouver orphelin à la suite du déni d'un cancer par un parent n'est pas rien non plus.)

- Dans la continuation de cette réflexion, je voudrais affirmer qu'un travail d'élaboration psychique, même dans les cas les plus difficiles, dans les dénis les plus lourds, peut parfaitement se faire ailleurs qu'en prison. Dans le cabinet d'un psychologue ou d'un psychiatre, par exemple. Vous conviendrez que ce n'est pas un point de vue très original, mais, bon, on est parfois obligé de rappeler des évidences. De fait, parmi les femmes rencontrées à la suite d'un déni total, certaines ont fait cette démarche avec un certain succès, sans autre forme de procès si l'on ose dire. Bien sûr, les bébés de ces femmes étaient vivants. Mais la profondeur d'un déni, sa gravité en quelque sorte, n'a pas de relation directe avec le fait que le bébé soit vivant où décédé : comme cela a été souligné par plusieurs intervenants, la survie du bébé est simplement liée à la présence ou à l'arrivée en temps utile d'un tiers au moment de l'accouchement. Autrement dit, il y a des dénis aussi profonds, aussi graves avec un bébé vivant qu'avec un nouveau-né décédé. Et ces premiers cèdent très bien dans les conditions habituelles de prise en charge des troubles psychiques, en cabinet, on ne comprendrait pas bien pourquoi il en serait fondamentalement différent avec les seconds.

- Enfin, ce n'est pas parce qu'on est en prison qu'on élabore quoi que ce soit. Les prisons sont pleines de personnes qui ont pour le moins des troubles psychologiques (parfois carrément psychiatriques)

et qui en sortent, sur le plan de l'élaboration psychique, pratiquement comme elles y sont entrées, parfois même plus mal.

Dans les cas de déni, que la prison ne provoque pas en soi le travail psychique, une excellente preuve vient de nous en être administrée par cette femme prévenue de meurtre à la suite d'un déni de grossesse, mise en examen le 26 mars 2008 et incarcérée à la prison de Rennes, et qui a poursuivi sous les barreaux, innocemment pourrait-on dire, son 2ème déni de grossesse jusqu'au jour de l'accouchement – elle avait été incarcérée enceinte de 3 mois, sans le savoir, si mes souvenirs sont bons. Faut-il ajouter que cette femme était soumise à une surveillance médicale et psychologique renforcée et que personne – ni les co-détenues qui vivent dans une grande promiscuité, ni les surveillants, ni le personnel de santé qui la prenait en charge – n'avaient rien subodoré de son état, alors même, je le répète que cette femme y était « suivie » pour ce même motif[3]. Toujours est-il que plusieurs mois d'emprisonnement, suivi médico-psychologique à l'appui, n'avait pas beaucoup fait avancer son travail d'élaboration.

Faut-il s'en étonner ? D'abord, parce que la prison est, en elle-même, une négation des formes démocratiques de vie or, je pense – ici aussi je peux me tromper – qu'on « avance » plus sur le plan psychique dans la liberté et dans le consentement éclairé aux soins que dans la contrainte. Ensuite et surtout parce que voir dans la prison un endroit qui offre de bonnes conditions pour une introspection, un travail réflexif sur soi et les autres, m'apparaît comme une grave dénégation de la réalité. La prison n'est certainement pas ce lieu idéalisé, ce havre de paix supposé où l'on pourrait se « poser », ou l'on trouverait toute la « sécurité » pour le faire. La prison est un monde de violence. La prison est un monde d'humiliation. Je ne dirais pas à cette tribune le vécu de femmes, incarcérées dans les jours suivant un accouchement, qui ont fait d'emblée connaissance avec une des pratiques constante du monde carcéral : la fouille à corps. Mais chacun – chacune du moins – peut s'imaginer ce que ressent une femme qui vient d'accoucher et de perdre son bébé, et qui est fouillée à corps, « en profondeur » pour le dire ainsi, par des mains de surveillante. On me permettra de penser qu'on est là plus près du traumatisme psychologique que du soin ! Et ce n'est qu'un point parmi tant d'autres. Bref, si après un déni de grossesse une femme peut effectivement élaborer en prison, ce me semble plus être « malgré la prison » que « grâce à la prison » et cela

[3] Cette affaire apporte un intéressant éclairage à la question qui n'entre pas dans le cadre de cet exposé : dans le déni, y a-t-il « contagion » (ici, à l'échelle de toute une maison d'arrêt, haut lieu de surveillance s'il en est) ou tout simplement, est-il des cas où rien ne se donne à voir ?

même si la mise en jeu éventuelle d'autres mécanismes de défense la conduisent à exprimer, parfois, l'inverse.

Je vous remercie de votre attention.

QUATRIEME TABLE RONDE

DENI DE GROSSESSE

PERSPECTIVES

Pour une approche cognitive et phénoménologique du déni de grossesse

Jean-Pierre MARC-VERGNES
Docteur en médecine
Directeur de Recherche Emérite à l'INSERM
INSERM U.825, Service de Neurologie, Hôpital Purpan, Toulouse

En complément des approches purement psychologique et psychanalytique qui dominent actuellement l'étude des « causes » du déni de grossesse, des approches prenant en compte les mécanismes neuronaux de la perception et de la représentation corticale du corps et les facteurs biologiques accompagnant l'implantation utérine du fœtus (Del Giudice, 2007) semblent devoir être pris en compte pour aboutir à une bonne compréhension d'ensemble du phénomène. Cette prise en compte peut aussi aider à lutter contre l'incrédulité de l'opinion publique sur le déni du déni de grossesse, qui complique sérieusement le débat sur ce problème de santé publique.

Cette proposition émane d'un béotien en matière de déni de grossesse. Son auteur n'est ni gynécologue-obstétricien, ni sage-femme, ni pédiatre, ni pédopsychiatre, ni juriste, ni femme. Il n'a donc aucune expérience directe et personnelle du problème. Il ne tire sa légitimité que de la grande bienveillance du Docteur Navarro qui a eu l'imprudence de lui confier la modération de la dernière table ronde, intitulée « Perspectives », de ce colloque et, aussi, de l'intérêt qu'il porte à toutes les formes de la souffrance humaine. L'auteur de cette proposition est un chercheur, neurologue de formation et de pratique, qui a passé une bonne partie de sa vie professionnelle à étudier, dans une perspective cognitive et avec les techniques d'imagerie fonctionnelle cérébrale, les substrats cérébraux de certaines fonctions mentales, comme la mémoire et le langage, ainsi que les mécanismes de certains phénomènes mystérieux, comme la douleur.

A partir de ce fond culturel et de la lecture de quelques travaux sur le déni de grossesse, deux constatations principales peuvent être

faites. La première est celle de l'existence, dans l'opinion publique, d'un fort déni du déni de grossesse, fait d'autant plus surprenant et infondé que le déni de l'état corporel – sain ou malade – est relativement fréquent et généralement bien compris. La deuxième constatation importante est l'absence d'étude sur la prise de conscience de l'état de grossesse par les femmes enceintes. Pourtant, c'est un déficit de cette prise de conscience qui conduit au déni. Ces deux constatations serviront de guide aux quelques réflexions qui suivent et qui n'ont pas d'autres prétentions que de susciter une discussion.

L'auteur n'oublie pas cependant que le débat public sur le déni de grossesse s'est avant tout constitué autour du problème de l'infanticide. Mais, il pense qu'une bonne compréhension et une bonne prise en charge du phénomène ne passeront pas par cette voie.

D'une part, l'inévitable médiatisation de ces situations dramatiques, avec le réductionnisme qu'elle comporte, favorise les réactions émotionnelles au détriment de l'analyse sereine des faits.

D'autre part, la nécessaire judiciarisation des actes d'infanticide, réels ou supposés, impose le respect de règles qui peuvent faire obstacle à une approche véritablement scientifique de cette forme particulière de méconnaissance de l'état corporel.

Le déni du déni de grossesse

Il complique sérieusement toute approche rationnelle du problème. Il importe donc de montrer, en dehors de tout contexte dramatique, non seulement que le phénomène existe, mais encore qu'il s'apparente à d'autres phénomènes dont l'existence n'est pas contestée.

Le déni de grossesse « heurte le sens commun » ont déclaré les organisateurs du colloque dans le document introductif au programme. Effectivement, l'opinion publique – et aussi la plupart des magistrats – pensent que ces malheureuses patientes sont plutôt des simulatrices qui cherchent à dissimuler leur état. Pourtant, pour peu qu'on veuille bien les lire, les témoignages qui s'accumulent depuis plusieurs années donnent la conviction que, dans quelques cas tout au moins, certaines femmes enceintes ont bien une réelle méconnaissance de leur état. Le refus ou l'incapacité à admettre cette réalité sont d'autant plus surprenants que cette méconnaissance n'est pas sans rappeler quelques autres situations, relativement fréquentes en pratique médicale, au cours desquelles l'être humain a une conscience incorrecte de phénomènes qui se déroulent dans son corps : soit, comme dans le déni de grossesse, qu'il ignore ce qui se

passe à l'intérieur de son propre corps, soit qu'il en ait une interprétation erronée, soit, enfin, qu'il ait présent à l'esprit un phénomène qui n'existe pas. Le rappel de quelques-unes de ces situations pourrait contribuer à une meilleure acceptation de l'idée que le déni de grossesse existe réellement. De plus, le progrès des connaissances neurophysiologiques ayant permis d'élucider les mécanismes qui sous-tendent certains de ces processus, la schématisation, chaque fois que possible, de ces mécanismes devrait en conforter la crédibilité et devrait suggérer quelques pistes explicatives, même si les voies de la sensibilité mises en jeu au cours de la grossesse semblent avoir été moins explorées que d'autres.

Les phénomènes d'ignorance ou de méconnaissance de ce qui se passe dans notre propre corps sont ceux qui sont les plus intéressants à considérer dans la perspective du déni de grossesse. Ils sont aussi ceux qui sont les mieux connus. Tout le monde, ou presque, sait que certains infarctus du myocarde passent entièrement inaperçus des intéressés et de leur entourage jusqu'à ce qu'un ECG, enregistré pour d'autres raisons, en découvre la trace. L'interrogatoire du patient retrouve alors souvent une symptomatologie atypique, souvent digestive et interprétée comme relevant de ce domaine fonctionnel. Grâce aux progrès accomplis dans la connaissance du système nociceptif, l'absence de perception d'un processus aussi hautement agressif est aujourd'hui bien documentée. On sait que la plupart des influx douloureux provenant des viscères aboutissent à ce qu'on appelle les neurones à convergence, situés dans les cornes postérieures de la moelle épinière, et que ces neurones reçoivent aussi des influx inhibiteurs qui s'opposent au passage de ces influx douloureux. Ces influx inhibiteurs peuvent être locaux, comme des influx tactiles cutanés, ou centraux, en provenance du cortex, mais aussi de plusieurs structures bien identifiées du tronc cérébral. Ces mécanismes inhibiteurs, qui déterminent le « mécanisme de la porte » (gate control des anglo-saxons), expliquent que la perception d'une douleur viscérale dépend à la fois de l'état sensoriel et émotionnel du corps au moment où elle survient, des expériences antérieures du sujet et des influences culturelles qui se sont exercées sur lui.

Mais la grossesse n'est pas un état douloureux et la connaissance des modalités de fonctionnement du système nociceptif ne permettra probablement jamais d'expliquer son déni.

La perception des lésions non douloureuses est plus intéressante à considérer. Ces lésions ont pour caractéristiques communes de ne pas sécréter ou de ne pas provoquer la libération, par les tissus environnants, de substances excitatrices du système nociceptif. Ainsi, les infarctus cérébraux se manifestent, dans l'immense majorité des cas, par un trouble moteur, à type d'hémiplégie ou de monoplégie, un

trouble du langage et/ou un trouble visuel. Mais, certains d'entre eux passent inaperçus. En tant que neurologue chercheur, l'auteur de ces lignes a eu l'occasion d'en découvrir quelques-uns uns en réalisant un scanner cérébral chez des sujets qui se présentaient comme volontaires pour participer à des recherches sur des sujets sains. Comme dans les cas d'infarctus du myocarde, l'interrogatoire des patients retrouve souvent un bref épisode de gène fonctionnelle d'un membre ou de difficulté de langage qui avait été mis sur le compte d'une mauvaise position ou d'un trouble passager et anodin de l'attention. Ceci montre que les informations en provenance du corps font l'objet, lorsqu'elles deviennent conscientes, d'une interprétation qui peut dépendre davantage des attentes du sujet que de la situation corporelle elle-même.

Autre exemple de lésions non douloureuses pouvant donner lieu à une interprétation erronée des symptômes qu'elles provoquent, les tumeurs viscérales, qu'elles soient bénignes ou malignes, ne se manifestent souvent que par des troubles fonctionnels dus à la compression ou à l'envahissement des organes environnants. Lorsque leur développement est lent, ces troubles fonctionnels sont souvent discrets. Depuis Canguilhem (1), on sait qu'avant même de consulter un médecin, c'est le patient qui décide d'attribuer à la perception d'une modification de son corps – d'une différence entre son corps actuel et son corps habituel – une signification normale ou pathologique. Et nous savons tous qu'il existe des personnes qui s'écoutent et qui ont tendance à voir une maladie là où il n'y en a pas et d'autres qui ne s'écoutent pas et qui peuvent avoir à le regretter si la lésion est découverte trop tard. Cette remarque d'ordre général rejoint l'opinion exprimée par Israël Nisand dans ce même congrès que la seule généralisation qui pourrait être faite, d'après son expérience, à propos des femmes du déni pourrait être leur faible intérêt pour leur corps et leur sexualité.

Le caractère « interprétatif » de nos représentations du corps est par ailleurs bien illustré par les situations dans lesquelles les sujets perçoivent comme réels des phénomènes corporels qui n'existent pas. Le cas le plus net est celui du membre fantôme de certains amputés, membre fantôme parfois douloureux, qui montre bien que la représentation consciente que nous avons de notre corps est une construction complexe à laquelle participent, dans notre mémoire, les expériences successives que nous avons eues de lui.

Moins spectaculaires, les douleurs projetées, que les sujets perçoivent dans un territoire différent de celui de la lésion, s'expliquent par l'organisation – autrement dit le câblage – des voies conductrices de la douleur. Les neurones à convergence, dont nous avons déjà vu qu'ils pouvaient être inhibés par des influx locaux ou centraux, ont la

particularité – d’où leur nom – de recevoir des influx « douloureux » provenant à la fois des viscères, de la peau et de l’appareil locomoteur de plusieurs étages du corps

Dernière forme de déni fréquent en médecine, celui qui suit, plus ou moins rapidement et plus ou moins longuement, l’annonce ou la confirmation d’un diagnostic comportant un mauvais pronostic. Mis en évidence par Elisabeth Kubler-Ross (2) à l’approche de la mort, ce déni est aujourd’hui bien connu de tous les praticiens qui se sont confrontés à des maladies graves.

Les relations réciproques entre le corps et la pensée commencent à s’éclairer à la lumière des travaux de neurophysiologie et de neuropsychologie cognitive. On sait aujourd’hui que le corps n’est pas si silencieux que çà, qu’il existe des zones corticales de projection des influx nerveux en provenance de nos organes, que ces zones corticales, situées principalement au niveau de l’insula, sont des zones d’intégration de l’ensemble de nos perceptions corporelles et que, selon l’hypothèse de Damasio (3), ces perceptions constituent la base organique de nos sentiments à partir desquels s’élaborent notre pensée.

Prise de conscience de l’état de grossesse

Pour appliquer correctement ces méthodes neurocognitives à l’étude d’un phénomène psychique précis, il faut que ce phénomène ait été au préalable bien caractérisé. Ce qui ne me semble pas être le cas actuellement pour le déni de grossesse. En effet, si de nombreux travaux ont été consacrés à la « grossesse psychique » et à son importance dans le déroulement de l’accouchement et de la maternité, personne ne s’est apparemment intéressé aux différentes façons dont les femmes prennent conscience de leur état de grossesse. Sur quels éléments ont reposé les premiers soupçons ? Ont-ils été suggérés par des modifications corporelles perçues par l’intéressée ou signalées par un tiers ? Quel était le vécu dominant des intéressées au moment où ces modifications ont été observées ? Quels moyens de confirmation ont-ils été utilisés et au bout de combien de temps ? Quel a été le vécu de ces évènements ? Et à quel stade de la grossesse le diagnostic a-t-il été finalement porté ? Y a-t-il des différences entre les femmes qui acceptent leur grossesse et celles qui optent pour une IVG ? Toutes ces questions, et d’autres vraisemblablement, peuvent faire l’objet d’une approche phénoménologique, c’est-à-dire d’une approche purement descriptive, mais détaillée et sans a priori théorique, du vécu de ces patientes, le plus rapidement possible après que le diagnostic de grossesse a été porté. Ce type d’approche a été appliqué récemment à la description de certaines expériences

de grossesse (4, 5, 6), mais, à notre connaissance, pas au début de ces expériences.

Bien entendu, cette approche ne peut être fructueuse que si elle met en relation ce vécu du début de grossesse avec un ensemble de données permettant de lui donner un sens. Tout d'abord, avec le vécu que ces personnes ont de leur corps et de leur sexualité. Ensuite, avec les symptômes objectifs de la grossesse, qu'ils soient spécifiques, comme l'aménorrhée et la modification des seins, ou moins spécifiques, comme les signes neuro-végétatifs. Enfin, dans la perspective de biologie évolutionniste de Marco del Guidice (7), avec les caractéristiques du fœtus.

La principale difficulté d'une telle étude résiderait dans le nombre de personnes à inclure. En se basant sur une fréquence de déni de grossesse de 1 : 475 (8), le recrutement d'environ une centaine de femmes nécessiterait l'inclusion de 47.500 femmes !

Toutes ces propositions ne sont que des hypothèses de travail qui mériteraient d'être discutées et approfondies si elles devaient faire l'objet d'études de terrain. Mais, en l'état actuel de nos connaissances, il n'est peut-être pas totalement inutile, dans le débat actuel sur le déni de grossesse, de prendre conscience de certains éléments susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension de ce phénomène.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Canguilhem G., Le normal et le pathologique, Paris, Presses Universitaires de France, 966

Kübler-Ross E. La mort, dernière étape de la croissance. Paris, Pocket, 2002

Damasio AR. Spinoza avait raison. Paris. Odile Jacob éd., 2003

Mozingo JN, Davis MW, Thomas SP, Droppelman PG. "I felt violated": women's experience of childbirth-associated anger. MCN Am J

Matern Child Nurs 2002;27(6):342-8

Montgomery KS. Planned adolescent pregnancy: what they wanted. J Pediatr Health Care 2002; 16(2):282-9

Jorge MSB, Flùza GV, Queiroz MVO. Existencial phenomenology as a possibility to understand pregnancy experiences in teenagers. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(5):907-14

Del Giudice. The evolutionary biology of cryptic pregnancy : a re-appraisal of the « denied pregnancy » phenomenon. Medical Hypotheses 2007; 68:250-8

Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of 1-year prospectice study in Berlin. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81(11):1021-7

Déni de grossesse, formation et information des professionnels

Jean-Pascal AGHER
Gynécologue Obstétricien
CH Toulon

Je veux tout d'abord remercier Monsieur Navarro pour son invitation et le féliciter aussi parce qu'en venant ici, j'ai découvert un congrès très bien organisé avec une participation très sympathique, sur des sujets pourtant très graves. Quand Madame Gomez m'a téléphoné pour m'inviter, je lui ai dit *« Vous savez, je ne suis pas spécialiste du déni de grossesse »* et j'ai compris qu'il n'y a pas de spécialiste du déni de grossesse. Je suis un somaticien qui partage son activité entre l'obstétrique et la chirurgie. Jusqu'à ce qu'on l'on m'ait demandé l'année dernière de préparer ce sujet, je ne connaissais pas beaucoup le déni de grossesse et je vivais comme beaucoup dans une sorte de déni massif du déni. Il a fallu que je prépare pour le Professeur Gamerre à Marseille une communication pour le congrès annuel de la Maternité de l'Hôpital de la Conception (et de l'école de sages-femmes). Quand il m'a posé la question : *« Est-ce que tu pourrais traiter le déni de grossesse? »*, je n'ai pas osé lui dire non, mais c'est vrai qu'au départ, je me demandais ce que j'allais bien pouvoir dire. Et puis j'ai commencé à réfléchir et me documenter. Effectivement, dans ma carrière, j'ai croisé des situations de déni de grossesse, mais j'en ai pris surtout conscience depuis que j'ai travaillé le déni de grossesse. J'ai une expérience personnelle très modeste, qui ne me permet pas de me poser en spécialiste, mais je pense qu'au fur et à mesure que j'ai travaillé cette question et préparé le diaporama pour cette réunion qui concernait l'année dernière les sages femmes, les collègues obstétriciens, les pédiatres, les puéricultrices, j'ai appris à comprendre le sujet. Il y avait un véritable effort à faire de compréhension d'abord, et ensuite de transmission d'informations. Parce que, très vite, quand j'en ai parlé autour de moi, je me suis rendu compte qu'il y avait une incrédulité totale sur le sujet et que la plupart des gens évacuaient le sujet pensant qu'il était complètement « irréel ». J'ai eu connaissance d'un certain nombre d'observations sur lesquelles je ne m'étendrai pas, mais j'ai constaté aussi au fur et à mesure que je travaillais sur le déni de grossesse

que le déni n'était pas quelque chose d'exceptionnel finalement, que nous vivons dans le déni. En médecine en particulier nous le rencontrons dans pas mal de domaines, on a tous la notion, notamment en cancérologie, de ces patients qui attendent fort longtemps pour venir consulter.

A quoi peut servir la compréhension du déni de grossesse ? Est-ce que cela peut déboucher sur un dépistage ? En fait c'est assez compliqué parce que le déni de grossesse, quand on en parle, on a déjà commencé à le guérir, et finalement, souvent on a affaire à des situations a posteriori. Je crois que le débat a déjà été mené ici sur les incapacités qu'on avait à faire le dépistage des dénis de grossesse. Je vais certainement dire d'ailleurs des choses qui ont été dites avant moi et je vais utiliser aussi des données chiffrées de personnes qui sont dans la salle et qui connaissent probablement mieux que moi le sujet. Mais c'est pour citer mes sources, étant au départ, vous l'avez bien compris, un béotien qui a essayé de transmettre ce qu'il avait compris de ses lectures et d’un retour sur ses expériences passées, à ceux qui étaient encore plus béotiens que lui. Je crois que la compréhension du déni de grossesse permet d'aider les femmes. J'ai compris que la femme en déni est une femme qui souffre, une femme qui se protège (qui est seule). Je pense que notre rôle est probablement d'abord de la protéger plutôt que, par une attitude un peu brutale d'accentuer sa souffrance. L'obstétrique est une pratique qui nous conduit à la multidisciplinarité. Parler déni c'est se rapprocher d'autres spécialistes qui connaissent mieux les problèmes que nous du point de vue de la psychopathologie, de la sociologie, etc. Comme soignants nous devons nous abstenir de tout jugement lorsque nous sommes confrontés à des situations de déni et ne pas rejoindre finalement trop facilement le comportement de la vindicte populaire et « l'opinion ». Pour toutes ces raisons, il est évident que faire de l'information et de la formation parait important. Cela a motivé la réalisation du diaporama présenté l’an dernier et que je vais commenter aujourd’hui, en tenant compte de ce qui a été dit ici avant moi, bien que je n'ai pu assister aux discussions qui ont eu lieu hier. D'emblée je pense que pour des somaticiens, il y a un problème de définition. Particulièrement la différenciation, entre les situations que nous rencontrons en centre hospitalier de femmes en état de schizophrénie qui dénient et l’état quasi physiologique du déni hors du contexte de pathologie psychiatrique (qui peut être aussi à rapprocher des problèmes d'ambivalence liés à l’état de grossesse). Notez bien que nous pratiquons tous le déni. Il y a des dénis collectifs, on pourra en discuter. Je vais vous présenter les diapositives en commençant par les définitions. J'avais adopté comme définition la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du 1er trimestre. Je me demandais si vraiment, il fallait (je crois que des discussions ont eu lieu sur le sujet) exclure le premier trimestre, parce qu'effectivement le

déni de grossesse ça peut commencer par un déni et se terminer par une IVG et donc, au-delà du premier trimestre me paraît être une définition par trop restrictive. J'avais bien sûr exposé la définition du déni partiel et total. Je ne vais pas rappeler ici ce que l'on a déjà dit et j'ai bien entendu ce matin qu'il y avait une discussion sur ce caractère peut-être artificiel de vouloir séparer un déni partiel d'un déni total, mais ceci dit, je pense que si l'on veut faire de l'information aux professionnels « de santé », il faut probablement adopter des définitions assez simples surtout si on veut ensuite avoir des comportements adaptés. J'ai été interpellé par une enquête du SYNGOF récemment qui nous demandait à nous, obstétriciens, combien de dénis on avait rencontrés dans notre vie professionnelle. Le problème, c'est que si on m'avait posé la question il y a un an, je n'étais pas très sensibilisé au problème et je n'aurais pas pu répondre grand chose. Je pense que ce type d'enquête a probablement l'intérêt de diffuser la notion du déni de grossesse dans la profession. Mais malheureusement, pour le résultat, je pense qu'en dehors de l'incrédulité, il y a l'incapacité de mettre des noms comme ça au pied levé sur des situations finalement oubliées. Je me suis posé la question de savoir s'il fallait différencier les grossesses dissimulées et les grossesses ignorées et en faire des variantes du déni de grossesse. On pourra rediscuter de cela, mais est-ce que c'était une erreur d'interprétation de considérer une grossesse dissimulée comme une spécificité du problème de grossesse rencontré chez les adolescentes qui sous la pression de l'interdit font qu'elles cachent leur grossesse. Est-ce que la grossesse dissimulée a un potentiel criminel très important ? Je me suis posé la question. Est-ce que la grossesse ignorée fait partie des dénis de grossesse (j'ai vécu une observation de grossesse ignorée, qui s'est terminé après la césarienne faite à une patiente, découverte aux urgences, par un abandon, la patiente n'ayant pas voulu que ça se termine autrement). Alors, faut-il distinguer ces formes cliniques ? J'en ai déjà parlé, une situation où le déni survient dans un contexte de pathologie psychiatrique, comme je l'ai vu récemment, doit-elle être différenciée ? (une jeune fille en état de psychose qui est enceinte va pratiquer un déni qui n'a rien à voir avec le déni « classique »).

Ensuite, j'avais bien sûr rappelé les sujets d'actualité qui avaient poussé mon patron à me faire travailler la question, et depuis, bien sûr, d'autres faits divers sont survenus et ce matin ont été citées de nombreuses coupures de presse. Évidemment le problème des médias, c'est qu'ils ont rapporté le côté sensationnel, choquant et morbide. Ils ont surtout fait l'amalgame entre meurtre, accouchement, infanticide et n'ont pas rendu vraiment service à la cause du déni de grossesse. Ils ont le mérite d'en avoir parlé. Le problème avec les médias, c'est qu'ils cultivent l'opinion et qu'ils se cultivent de l'opinion. Comme je l'ai dit les médias ont fait l'amalgame entre infanticide et

déni et c'est surtout ce qu'il ne faut pas faire. J'ai aussi expliqué que la justice ne connaît pas l'« infanticide » mais le meurtre sur personne de moins de 15ans, c'est un meurtre aggravé. J'ai cité mes sources, c'est pour cela que j'ai cité l'existence de votre association. Je ne sais pas si j'ai fait beaucoup d'émules, mais j'avais été très intéressé par le site internet, par le livre de Madame Guernalec Lévy et puis, bien sûr il faut être juste, ensuite j'ai trouvé des thèses, notamment une thèse parisienne, une thèse de Rennes, j'ai trouvé l'enquête faite dans les maternités du Nord de la France, et aussi le travail fait par nos collègues Autrichiens, Allemands. Donc je me suis aperçu qu'une chose qui était hors de mes préoccupations existait, que d'autres que moi s'y étaient intéressés, que cela avait sûrement de l'importance.

Ensuite, j'avais fait un petit chapitre de psychopathologie pour les nuls. Ce qui est étonnant quand on parle de ce sujet (j'ai fait l'expérience d'en parler dans le service, à toutes les catégories socioprofessionnelles) ; c'est que les médecins sont les plus incrédules. C'est eux qui finalement étaient à peu près sûr de leur coup en disant *« Tu es complètement fou de t'occuper d'un truc comme ça ».* Les personnels plus proches des patientes (les sages-femmes, les puéricultrices) étaient plus sensibles à l'existence de cette problématique. Donc je pense qu'il est important de faire de la formation, de faire une psychopathologie pour les nuls, expliquant que le déni est un mécanisme puissant, connu, de non-reconnaissance du réel. Que c'est vrai, cela est parfaitement évident, le « déni » se fait à l'insu du sujet. Qu'il y a une perte de conscience et que ça protège le moi du monde extérieur (celui qui se protège c'est qu'il est fragile et a plus besoin d'être aidé qu'accablé). Probablement qu'il faut expliquer des mécanismes plus intimes comme celui de la négation, avec le danger potentiel pour l'enfant de l'isolation, du déplacement, faire le distinguo entre la dénégation, le refoulement, la méconnaissance. Vous voyez qu'il y a quand même un minimum d'informations à donner. Il faut dire : *« Ça existe, faut pas nier que ça existe et puisque ça existe, des femmes que nous sommes amenés à suivre peuvent être concernées »*. Dans notre carrière, nous sommes amenés à rencontrer des dénis, des dénis vrais, celui qui va jusqu'au bout. A posteriori je me suis aperçu que j'en avais probablement croisé plus que ce que je croyais. C'est classiquement les situations où on nous apporte à la maternité, une femme qui a déjà accouché, dans la voiture ou à la maison, et qui n'était pas suivie. C'est vrai que jusqu'à présent je ne pensais pas à faire le lien et que c'est là qu'il faut expliquer que la situation est potentiellement porteuse d'un déni qui s'est accompli. Les grossesses dissimulées, j'ai l'impression que c'est plutôt le fait des adolescentes qui accouchent à l'intérieur du lycée ou d'une façon tout à fait inopinée aux urgences, et qui probablement, ont caché sous la pression de l'interdit. Cette situation se rencontre aussi dans la population migrante sous la pression de l'interdit

religieux et familial. Et puis, je dois dire que je n'avais pas idée de la quantité de cas annuels que cela pouvait représenter en sachant la valeur relative de ces chiffres. Je concluais que l'existence de ces dénis et la compréhension de ces dénis devaient nous permettre de ne pas juger, de ne pas condamner, de comprendre pour aider.

Dans l'accueil du handicap en maternité c'est très important d'informer le personnel, parce qu'on s'aperçoit que le premier regard de la société, c'est le regard du personnel et que c'est un regard difficile à soutenir pour les mères quand elles ont un enfant handicapé. Eh bien si une patiente se trouve hospitalisée après un déni qui a plus ou moins bien abouti, il en va de même. Si elle rencontre un personnel qui est sensibilisé à sa problématique, elle vivra un séjour hospitalier de meilleure qualité. Ce diaporama peut servir de base pour créer un petit manuel de formation des personnels, je vais continuer de le commenter. Expliquer que dans le déni partiel, l'issue est heureuse la plupart du temps, l'enfant est accepté, il est adopté au sens plein du terme. Et j'ai différencié (et là on peut discuter) le problème de la découverte tardive qui conduit soit à l'acceptation, soit à l'IVG, et malheureusement cela m'est arrivé l'année dernière. J'étais déjà un peu plus performant parce que j'avais commencé à travailler la question. J'ai levé un déni par un diagnostic de grossesse sur une jeune femme amenée par sa famille et ça c'est terminé par une IVG tardive à l'étranger. Heureusement, la plupart du temps ça se termine par une grossesse acceptée. Et puis, je me suis demandé s'il n'y avait pas une forme particulière de déni à savoir le déni post-IVG, post-IMG. En consultation, on ne peut manquer de remarquer que lorsqu'on aborde la question de l'IVG, pour un certain nombre de femmes, c'est un traumatisme qui est complètement enfoui et qu'elles sont dans le déni du nombre d'IVG pratiquées. Après IMG, j'ai vu une patiente qui ressentait quelque chose d'assez proche du déni. À savoir qu'elle n'arrivait pas à faire le deuil d'une grossesse, qui avait dû être interrompue à 28 semaines, parce qu'elle n'arrivait pas à ne pas oublier cette grossesse. Bien sûr, ensuite il faut parler du déni total avec accouchement inopiné. Je ne reviendrai pas sur les points déjà abordés, mais sur le caractère stéréotypé du comportement à la naissance. Et ça je l'ai retrouvé en lisant le livre de Madame Guernalec Levy et puis en prenant connaissance des études des uns et des autres. Il y a, et ça c'est troublant, un comportement quasi automatique, qu'on peut comprendre, lorsqu'on pratique l'obstétrique. On comprend bien que la douleur, l'hémorragie, l'épuisement puissent accentuer cette espèce de déconnection physiologique qu'ont les femmes au moment de leur accouchement. Je partage tout à fait ce qui a été dit sur ce point et la nécessité d'accompagner d'une manière ou d'une autre les parturientes (ce qui rend l'espèce humaine différente, quoique certaines autres espèces pratiquent l'accompagnement aussi). Et donc ce comportement stéréotypé doit

être remarqué comme quelque chose qui fait partie de la sémiologie du déni. Peut être que considérer ce comportement c'est sûrement rendre service à l'analyse du déni. J'ai cité bien sûr des études épidémiologiques de gens qui sont dans la salle, donc je ne vais pas m'étendre, ils ont fait un excellent travail. J'insisterai sur l'absence affective du conjoint et sur le détachement de l'image corporelle qu'ont ces femmes. Il faut insister sur le fait que le déni de grossesse peut concerner toutes les catégories intellectuelles et sociales. Là aussi, il faut lutter contre les idées reçues. Quand l'accouchement a lieu dans un lieu favorable et se termine bien, ce n'est pas étonnant de constater que les abandons sont rares et qu'il n'y a pas de maltraitance. Finalement le travail de maternité psychique se fait au dernier moment, la grossesse psychique est accélérée. Par contre quand l'accouchement a lieu dans la solitude, je reviens sur le caractère très stéréotypé des comportements et sur, probablement, cette espèce de crise aiguë psychique, je n'ose pas dire psychotique, probablement cet archaïsme inconscient qui est exacerbé par la douleur. On n'insistera jamais assez sur ce que la douleur peut faire perdre la tête. Tout à l'heure le Professeur Nisand en parlait : nous ne sommes plus capables d'envisager de travailler, pour beaucoup d'entre nous, sans le secours de l'analgésie péridurale parce qu'on a vécu l'avant-péridurale. Même si toutes les femmes n'en ont pas besoin, beaucoup en bénéficient grandement.

La contagion du déni, tout le monde est d'accord pour en parler. Il faut rappeler que le corps médical parfois participe au déni de grossesse en ne faisant pas le diagnostic de grossesse. J'insisterai sur le caractère isolé du déni sur le plan psychopathologique. Il faut expliquer que dans la majorité des cas se sont des femmes qui n'ont aucune pathologie psychologique chronique, que c'est parfois intriqué mais pas toujours. Pour expliquer la froideur du comportement au moment de l'accouchement, il faut expliquer que pour la femme il n'y a pas de conflit psychique et que donc il y a un détachement par rapport à ce qui va se passer. Alors à la naissance est-ce qu'il faut expliquer les comportements par un déni amplifié ou par une psychose aiguë ? Est-ce qu'il ne faut pas rapprocher finalement ces comportements aigus de la psychose puerpérale qui est aussi une pathologie régressive et est-ce que, finalement, les deux pathologies ne sont pas proches l'une de l'autre ? Est-ce qu'actuellement on a formalisé la pathologie de la psychose puerpérale et qu'on n'a pas formalisé la pathologie du déni ? Est-ce qu'il faut rapprocher l'ambivalence du désir de grossesse et l'effet de cette bascule durant la grossesse de l'augmentation du désir de grossesse par rapport à la haine potentielle de départ ? Est-ce que la « maternisation » qui se fait pendant la grossesse psychique n'est pas une protection contre le déni ?

Pour que mes collègues comprennent bien la problématique judiciaire, j'avais fait un rappel sur le statut de la femme qui a changé, donc la tolérance de la société aussi. La pratique de l'infanticide, c'était chose courante dans la Rome Antique, c'était quelque chose de fréquent dans la Chine pas très antique, dans l'Inde et même en Angleterre au XVIIIème siècle. Et puis rappelons que chez nous c'était compliqué au XVIIIème siècle de faire la part entre 25% de mortalité néonatale précoce, 20 à 40% de mortalité infantile la première année, les coups de froid sur fonds baptismaux, les étouffements dans le lit familial. On le voit même encore actuellement, faire la différence entre la véritable mort subite et le défaut de soin n'est pas simple. Le législateur a eu des périodes d'assouplissement de la punition. Actuellement la punition est maximale. Surtout qu'actuellement la société considère qu'elle offre toutes les sécurités puisqu'elle offre les protections la contraception, l'IVG, la possibilité d'abandonner. Donc la faute d'infanticide, devenue homicide sur enfant, devient impardonnable. C'est pour cela qu'il faut expliquer qu'aujourd'hui nous sommes dans un contexte de meurtre sur nouveau-nés. Ce qui peut permettre de comprendre (parce que nous sommes surpris en tant que professionnels), l'action de la justice lorsque nous voyons embarquer une pauvre femme, pour être mise en examen, exsangue, complètement épuisée (c'est moralement incompréhensible).

Et pour terminer, je finissais par cette diapo disant que le déni de grossesse est un problème de santé publique. C'est une information qu'il faut transmettre aux professionnels. Il faut informer sur la fréquence du déni de grossesse et faire la différence entre les différentes formes cliniques de dénis, et puis espérer que cette compréhension va permettre, d'aider les professionnels de la justice. Je partage tout à fait l'intervention qui a été faite ce matin expliquant la situation des juges. Avoir le dernier mot et juger ce n'est pas simple, et je crois que ceux qui jugent ont besoin d'avoir une information, la plus neutre possible, sans parti pris, pour pouvoir ensuite à la fois définir la peine pénale qui va bien, et ne pas aggraver le traumatisme qu'a vécu cette femme.

Je vous remercie.

Sur l'opportunité de créer une infraction spécifique en cas de déni de grossesse

Annie HEINTZELMANN
Avocate pénaliste
Barreau de Saverne

J'ai été confrontée pour la première fois à la notion de déni de grossesse, en acceptant la défense d'une jeune femme – appelons-la Cécile – qui a accouché dans la forêt, alors qu'elle ignorait son état de grossesse.

Le bébé a selon elle, tenté de respirer, mais elle n'était pas en état de déterminer, ni la durée de son accouchement, ni la durée de vie de son enfant, probablement, quelques secondes à peine.

Les premières constatations sur le corps du nouveau-né ont permis de découvrir deux ecchymoses mandibulaires pouvant être liées, soit à des manœuvres d'expulsion, soit à des tentatives de strangulation. Cécile ayant toujours répété qu'elle n'a rien fait, ni aidé l'enfant à naître, ni tenté de l'étrangler, elle a été mise en examen pour meurtre, mais laissée en liberté. Le rapport d'autopsie, déposé plus de huit mois plus tard, a confirmé qu'aucune tentative de strangulation n'était avérée, et que le bébé était décédé du fait de son extrême prématurité et de l'absence de soins adaptés.

Il m'a été demandé de réfléchir sur l'opportunité d'adapter le code pénal à l'hypothèse où la justice pénale se trouve saisie de faits commis à l'issue d'un déni de grossesse.

Le code pénal français dans sa rédaction actuelle, ne prévoit plus de protection particulière du nouveau-né. Ainsi, si le terme d'infanticide subsiste dans le langage courant, il a été supprimé dans le code pénal par les lois de juillet et décembre 1992.

L'article 300 du code pénal applicable avant mars 1993 était rédigé ainsi : *« L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né »* Le législateur, auteur du code pénal dans sa version actuelle, a entendu unifier les dispositions applicables en matière d'atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité physique en créant pour

chaque infraction, une définition de base et en détaillant les situations dans lesquelles des peines aggravées seraient encourues.

Ainsi dans l'hypothèse d'une atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité physique par la maman sur son nouveau-né, à l'issue ou non d'un déni de grossesse d'ailleurs, deux aggravations s'appliquent : le fait que la victime est un mineur de 15 ans d'une part et le fait que les atteintes soient portées par un ascendant en ligne directe d'autre part.

Le cumul de ces deux cas d'aggravation fait encourir à l'auteur, une peine encore plus importante.

Des cas d'aggravation existent également en cas d'atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique, mais ils ne sont pas spécifiquement liés à l'âge de la victime ou au lien de filiation entre elle et l'auteur.

L'auteur est cependant tenu responsable des conséquences finales de son acte peu importe que l'état de grande fragilité de la victime nouveau-né ait entraîné des conséquences disproportionnées par rapport aux faits.

On l'aura compris, en appliquant purement et simplement les textes actuels, la maman qui blesse volontairement ou tue volontairement son enfant nouveau-né à l'issue d'un déni de grossesse, encourt des peines plus sévères :

Ex : homicide volontaire : 30 ans pour un meurtre simple, perpétuité pour un cas d'aggravation

Ex : violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner : 15 ans pour l'infraction de base, 20 ans pour un cas d'aggravation, 30 ans pour des faits commis sur un mineur de 15 ans par un ascendant

Ex : violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours : 3 ans pour l'infraction de base, 5 ans pour un cas d'aggravation, 10 ans pour des violences commises sur un mineur de 15 ans par un ascendant

La tentation est alors forte, de prévoir dans le code pénal, des dispositions particulières dans l'hypothèse où l'auteur est une mère qui aurait agi à l'occasion d'un déni de grossesse. Cependant, cette tentative se heurte très rapidement à des difficultés certaines de rédaction : la loi pénale étant d'application stricte, seuls les comportements expressément et précisément prévus par les textes en relèvent. Aucun raisonnement par analogie ne saurait être envisagé. Il n'est par ailleurs pas certain que la réponse pénale à des violences ou à un homicide résultant d'un déni de grossesse nécessite véritablement la création d'un texte spécifique.

1. - La difficile rédaction d'une nouvelle qualification

Pour les besoins du raisonnement, nous nous concentrerons sur l'infraction la plus grave, à savoir celle où la maman tue volontairement son enfant nouveau-né.

En réalité, les difficultés rencontrées pour adapter cette infraction de meurtre sont les mêmes pour toutes les autres qualifications applicables en cas d'atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité physique.

En vertu de l'art. 221-1 du code pénal, « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de 30 ans de réclusion criminelle ». L'art. 221-4 dispose que le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis notamment, sur un mineur de 15 ans ou sur un descendant en ligne directe.

Nous chercherons par conséquent à prévoir le cas très particulier d'un meurtre commis dans le cadre d'un déni de grossesse. Il paraît envisageable de prévoir une infraction rédigée de la manière suivante : *« Le fait pour une mère, ayant subi (ou été victime d') un déni de grossesse, de donner volontairement la mort à son enfant nouveau-né … »*

Il se pose immédiatement une première difficulté de taille : celle de définir précisément ce qu'est un déni de grossesse. Les débats de ce colloque démontrent à quel point les hypothèses de déni de grossesse sont nombreuses, il n'est pas certain qu'une définition unique et précise puisse en être donnée.

Ensuite : le texte à envisager doit-il distinguer l'hypothèse où la maman s'est trouvée dans un état de déni jusqu'à l'accouchement de celle où elle a découvert sa grossesse après une période plus ou moins longue ?

Dans le cas d'un déni jusqu'à l'accouchement, doit-on distinguer les situations selon que la maman a réalisé son état aux premières contractions ou ne faire bénéficier d'un texte spécifique, que celle qui a pris conscience de la grossesse au moment où l'enfant paraissait ?

Cécile a pris conscience de sa grossesse au moment où elle perdait les eaux, alors que prise d'un malaise au volant de sa voiture, elle s'était garée dans une forêt pour prendre l'air. Une fois l'hypothèse d'une tentative de strangulation exclue par le rapport d'autopsie, le juge d'instruction, confirmé en cela par la chambre de l'instruction, a estimé que durant les quelques minutes qu'a duré l'accouchement, la future maman aurait dû appeler des secours pour

que l'enfant, qui est mort durant les secondes suivant la naissance, puisse être pris en charge par les professionnels compétents et survivre.

Elle sera jugée dans quelques mois pour privations d'aliments ou de soins ayant conduit à la mort de son enfant et encourt 30 ans de réclusion criminelle.

Dans l'hypothèse d'un déni limité dans le temps, quel serait le délai à prendre en compte à partir duquel la maman bénéficierait d'une disposition particulière ?

Ne faudrait-il pas distinguer selon que le déni a pris fin avant ou après l'expiration des délais pour interrompre légalement la grossesse ?

Quid des coauteurs ou complices ? Comment traiter du cas du père de l'enfant présent au moment de l'accouchement, lorsque le déni a été total, surtout s'il s'agit d'un couple d'adolescents ?

Comment définir le nouveau-né ? Faut-il prendre en compte exclusivement les faits immédiatement concomitants à l'accouchement, ou peut-on envisager qu'une maman reste plusieurs heures voire plusieurs jours avec son nouveau-né dans les bras avant de s'en débarrasser ?

On le voit, la rédaction même d'une ou plusieurs infractions spécifiques se heurte à de sérieuses difficultés. Ilest fort à craindre qu'aucun texte véritablement satisfaisant ne puisse être rédigé et que durant quelques années encore, les tribunaux ou cours aient à affiner les hypothèses, ce qui n'est guère satisfaisant pour la sécurité juridique.

A supposer que ces difficultés soient finalement résolues, quelles seraient les conséquences de la prise en compte de cette situation ?

2. - Les conséquences d'une infraction spécifique

Il faut rappeler que les textes de nature pénale sont toujours constitués de deux parties bien distinctes : la première expose de la manière la plus précise possible, le comportement incriminé, la seconde prévoit la ou les peines encourues en répression de ces comportements.

Il ne suffit pas de définir les cas d'application d'un ou plusieurs textes spécifiques prenant en compte le déni de grossesse, encore faut-il envisager la sanction de ces infractions.

Il faut rappeler qu'en application des textes actuels, la maman qui tue son nouveau-né encourt des peines plus sévères que

n’importe quel auteur qui tuerait un adolescent de 16 ans au hasard, gratuitement.

La question s’est posée durant ce colloque, de prévoir au-delà des peines d’emprisonnement, une obligation de soins dans le but d’éviter à la maman, un nouveau déni de grossesse.

Le but de l’avocat engagé dans un procès pénal, sera toujours de lutter pour obtenir un acquittement ou une relaxe. Il recherche en premier lieu, une reconnaissance de l’innocence de ses clients, alors qu’une obligation de soins imposée par un magistrat passe forcément par une reconnaissance de culpabilité.

De surcroît, comme en tout domaine, de telles obligations n’ont de chance d’aboutir, que si la démarche est volontaire et acceptée. Un suivi ne devrait pas relever d’une condamnation pénale, mais d’un véritable engagement de la maman.

Faut-il alors, dans l’hypothèse d’un déni de grossesse, prévoir une peine plus sévère, ou au contraire plus indulgente que dans les cas classiques d’atteintes volontaires à la vie ou à l’intégrité physique ?

L’ancien code pénal qui réprimait l’infanticide, avait prévu des peines plus indulgentes, lorsque les faits étaient commis par la mère du nouveau-né, qu’elle soit auteur ou complices du meurtre ou de l’assassinat de son enfant.

Les peines encourues par la maman étaient de 10 à 20 ans de réclusion contre la peine de mort, remplacée par la réclusion criminelle à perpétuité, ou la réclusion à temps de 30 ans pour les autres auteurs ou complices.

En réalité, le but recherché par la création d’une éventuelle infraction spécifique serait de tenir compte de l’état psychologique particulier dans lequel se trouve une mère qui blesse ou tue volontairement son enfant à l’issue d’un déni de grossesse.

Or, la loi pénale telle qu’elle est rédigée actuellement, permet déjà de tenir compte des circonstances particulières de commission des infractions, que ces circonstances soient liées aux faits ou à l’état psychologique de l’auteur :

- d’abord, les textes (hormis le cas des peines planchers) ne prévoient plus qu’un maximum au-delà duquel un tribunal ne peut pas aller, ce qui lui permet de prononcer n’importe quelle peine en deçà de ce maximum

- ensuite, la loi pénale prévoit expressément les cas dans lesquels le discernement de l'auteur de faits a été, soit totalement aboli, soit plus ou moins fortement altéré

L'art. 122-1 du code pénal dispose en effet que « N'est pas pénalement responsable, la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

La détermination de l'existence de trouble psychique ou neuropsychique, tout comme les conséquences de ce trouble relèvent de l'expertise psychiatrique qui peut être ordonnée à la demande des parties.

Reste à savoir, et cela n'est pas de ma compétence, si le déni de grossesse peut être considéré comme un trouble psychique ou neuropsychique, tel que ce trouble est actuellement admis par les experts psychiatres. Dans la négative, ce texte devra sans doute être modifié pour permettre la prise en compte du déni de grossesse.

Cette solution n'est pas toujours satisfaisante pour les juristes, elle ne l'est pas davantage pour les experts, puisque même si ces derniers sont uniquement tenus de fournir un avis au tribunal, leurs rapports constituent souvent un pré jugement.

Il n'y a probablement pas de solution idéale au cas particulier, mais cela permet de mettre l'accent sur la nécessaire formation et information encore à réaliser, afin que les différents experts psychiatres, les psychologues, mais aussi les autorités d'enquête et au final, les magistrats, connaissent la notion de déni de grossesse et en admettent la réalité.

A propos de prévention et de prise en charge : Les pouvoirs publics et l'inconscient

Vincent MAGOS[1]
Psychanalyste
Directeur général adjoint au
Ministère de la communauté Française, Bruxelles

L'inconscient, ça nous enquiquine, ça nous enquiquine tous les jours et alors l'Etat ça l'enquiquine encore plus. Parce que qu'est ce que l'Etat aime bien ? Qu'est ce que les pouvoirs publics aiment bien ? Ce sont les autoroutes, les choses bien organisées, les règlements, les circulaires. Et quand les gens commencent à se faufiler entre les circulaires eh ! bien ça, c'est la pagaille, ça ne marche pas du tout. (…) Alors c'est tout à fait d'actualité parce que je viens de me rendre compte que votre Ministre Roselyne BACHELOT, prépare une loi pour empêcher la vente d'alcools aux mineurs. Et au même moment aux Etats-Unis, tous les recteurs des universités disent qu'il faut surtout qu'il n'y en ait pas de loi, qu'il faut supprimer les interdictions de vente d'alcool aux mineurs, que c'est tout à fait contre préventif.

Alors, revenons à la question de la prévention périnatale. On est devant deux écueils. D'une part on est devant une situation où on est dans un bain social où l'on idéalise la grossesse. Et, d'autre part, on voudrait, les pouvoirs publics mais aussi les professionnels veulent, qu'il y ait une rationalité. Et donc on ne comprend pas que quand on dit aux femmes que c'est important de faire des examens

---

[1] Note de l'éditeur : Cette présentation était accompagnée de nombreuses projections vidéo qu'il ne nous est pas possible de reproduire dans un ouvrage papier. Nous avons choisi de la présenter malgré cet inconvénient majeur, en reproduisant, tant que faire se pouvait, les textes de ces vidéos. Il nous a semblé en effet que l'intervention de Monsieur Vincent Magos apportait, notamment en ce qui concerne la prévention, un point de vue novateur, peu développé en France et qui nous semble pourtant offrir des perspectives réelles dans le domaine de la prévention en santé publique.

précoces, que c'est important d'allaiter, on ne comprend pas qu'elles n'obéissent pas. C'est quand même insupportable. Et comment est-ce qu'on réagit ? Mais malheureusement très souvent par une rigidité accrue qui va parfois jusqu'à un certain sadisme. Or, on n'a pas arrêté de le dire durant ces deux jours, la grossesse, est un moment de remaniement psychique profond. Comment est ce qu'on peut tenir compte de çà ? Comment peut-on tenir compte de ces aspects inconscients au niveau des politiques de prévention ?

Première chose que je dirais. C'est que tout ce qui renforce la maîtrise et tout ce qui vient idéaliser l'enfant éloigne l'inconscient du conscient et donc rend les choses plus compliquées.
Prévention du déni de grossesse : c'est quand même assez difficile de prévenir quelque chose qui échappe à la femme et qui échappe à son entourage ! Pourtant !

Alors je ferai d'abord deux hypothèses

Première hypothèse

C'est que l'environnement social dans lequel on est, dans lequel la grossesse et l'attente de l'enfant sont idéalisées, mettent en fait un couvercle énorme sur l'émotion ambivalente, sur l'émotion agressive d'une mère et de son entourage et que ça c'est le premier point.

Deuxième hypothèse

Le déni de grossesse et sa contagion, peuvent être considérés comme une sorte de paradigme de notre surdité de professionnels.

Alors je ferai un postulat pour voir comment est-ce qu'on pourrait néanmoins faire de la prévention. Première chose, en augmentant la solidarité versus la suspicion, on augmente quelque chose qui fait en sorte qu'on va réduire la clandestinité. On sait que plus y a de la suspicion, plus il y a de la clandestinité, et plus les situations échappent. On a pu montrer cela dans de très nombreux domaines, tels que prévention du sida, prévention de la toxicomanie, etc.

Deuxième postulat : accorder dans le discours ambiant une place à l'ambivalence et à la haine. Il ne faut pas avoir peur de ce mot. On l'a employé seulement pour la première fois, cet après-midi.

Et, pour les professionnels, troisième postulat, augmenter la proximité entre conscient et inconscient, faire en sorte qu'il y ait une plus grande écoute. Et ce n'est pas seulement quelque chose bien entendu qui n'est valable que par rapport à la question du déni de grossesse. Alors, cela nécessite des politiques au niveau du grand public et au niveau des professionnels. Par rapport au grand public, premier niveau pour augmenter la solidarité, c'est un travail par rapport à la presse, cela nécessiterait tout un exposé. Je voudrais juste attirer votre attention sur la manière dont la presse a titré sur le colloque dans lequel nous sommes. Donc le journal toulousain, titre : *« Ces mères infanticides », « Deux bébés dans le congélateur, l'autre dans la cheminée »*, alors, si vous voulez rentrer dans le cœur du texte, vous allez savoir que la plupart des bébés des dénis complets meurent. Et quatre centimètres plus haut, que 95 à 98% des dénis de grossesse aboutissent à un accouchement d'un enfant vivant et qui le reste. Si vous avez compris quelque chose, bravo. Si vous voulez donner votre avis pas de problème : Selon vous les mères infanticides sont-elles responsables de leurs actes ? Votre témoignage sur madépêche.com ». Il y a des stratégies pour travailler avec la presse, c'est possible, cela pourrait faire l'objet d'un autre exposé.

Deuxième niveau, par rapport au grand public. C'est organiser des campagnes de prévention concernant notamment la prévention de la maltraitance, comme il y a eu des campagnes de prévention concernant la sexualité, je ne vais pas m'étendre là dessus.

Sur la question de la solidarité, je reprends une phrase de Sophie Marinopoulos, qui dit, *« L'entourage va souvent adhérer au déni de la mère même s'il peut y avoir un soupçon ».* Il est intéressant, du reste, de constater que les personnes qui doutent ne vont pas aller vers la femme pendant la grossesse, mais vont après l'accouchement aller vers la police.

C'est sur ce mécanisme là, à mon sens qu'on peut, jouer sur la question de la solidarité, alors je vais vous parler de deux campagnes.

Une première campagne que vous avez vue en France, avec trois spots télévisés. Le thème de la campagne c'est *« Ne rien dire, c'est laisser faire »*. Avec ces spots, on voit très clairement qu'il y a une dramatisation de la situation, que c'est augmenté par la bande son, avec une musique qui monte et puis il y a la porte qui claque et le silence. Il y a d'une part, vous, et d'autre part, les autres. Le silence vous gêne, lui ça l'arrange, dit le spot. On voit comment, pendant un très très bref moment, il y'a moyen de faire, de montrer qu'il y a un monde qui est tout à fait clivé entre les bons et les méchants. Qu'est-ce que les bons doivent faire, qu'est ce que les méchants font ?

Qu'est ce que les bons doivent faire ? Se taire, laisser faire ? Donc surtout ne vous taisez pas, mais le conseil ce n'est pas d'aller vers votre voisin, vers quelqu'un, c'est d'appeler la police.

Ce type de campagne, moi j'ai le sentiment que c'est extrêmement toxique et que ça pousse dans les questions de prévention de la maltraitance, à tout un registre de suspicion, tout un registre d'aller voir ce qui se passe chez les voisins et de prévenir la police, plutôt que d'essayer d'aider les voisins.

Au même moment, nous avons fait une campagne en Belgique dont le thème était *« Quelqu'un à qui parler ».* C'est assez étonnant, d'une part *« se taire », « laisser faire »*, et nous on faisait une compagne *« Quelqu'un à qui parler ».* Il y avait 8 spots différents qui étaient chacun des témoignages réels, avec y compris, un témoignage d'un pédophile. Voici un spot, dont le témoignage, un vrai témoignage, est retranscrit ci-après : *« Il m'a fallu plusieurs jours avant que je réalise qu'est-ce ce que mon ex mari il avait fait aux filles. J'ai vidé leur sac, et je pense que ça leur a fait du bien. J'ai quelqu'un à qui parler et me conseiller parce que tout garder pour moi ça va être lourd, dès que ça va pas, il s'est trouvé quelqu'un de confiance et dire qu'est ce qui va pas, et en plus, plus on attend, pire que c'est. J'ai dit bon il faut pas te laisser aller et je me suis pas laissée aller »* avec la conclusion *« Prenons le temps de vivre ensemble, une action de la communauté Française »*.

L'idée était de partir de témoignages et pas de fictions, avec en bande son de vrais témoignages et une image. Des images de la vie quotidienne, c'était ça la règle, et avec, comme message, essentiellement la question de la parole. De faire circuler la parole et un *« Nous »* plutôt que d'une part les Uns et d'autre part les Autres. Donc on essayait de travailler la question du lien social par le biais du *« Nous ».* Ici c'était une mère dont les enfants avaient été abusés. Il y a d'autres situations qui étaient moins dramatiques.

Juste pour, on pourrait passer deux heures pour analyser chaque plan-séquence de ces deux spots, juste pour vous indiquer en trente secondes, qu'il y'a moyen de prendre une direction, très très différente, dans un sens ou dans l'autre.

Donc, premier point, augmenter la solidarité, à mon sens. Deuxième point, faire une place à l'ambivalence. Faire une place à l'ambivalence, y'a moyen de le faire dans de très nombreux écrits mais également dans la presse, et la manière dont on intervient dans la presse. Je vais vous passer un spot de la même série que précédemment où une maman s'exprime sur ses difficultés avec ses enfants et on essaye, justement, de travailler la question de l'ambivalence. Voici ce témoignage :

« Au moment où j'ai eu ma petite fille, elle pleurait tout le temps, toute la journée. Il y a un moment donné où ça devient insupportable. Donc on essaie de tenir le coup le plus longtemps possible. C'est elle ou moi. J'abandonne, je n'arrive pas, je suis pas à la hauteur, je suis pas la maman qu'il faut. J'ai pris contact avec des amis pour qu'ils viennent m'aider. C'est dangereux si à ce moment là, si on n'a pas le courage de dire à quelqu'un, « j'ai besoin d'aide », on ne peut donner que ce qu'on a » et la conclusion : *« Prenons le temps de vivre ensemble. Une action de la communauté Française. »*

Donc laisser entendre aux femmes qu'elles peuvent avoir à un certain moment envie de jeter leur enfant par la fenêtre c'est une image brutale. Pour moi, c'est quelque chose qui est du rôle des pouvoirs publics. Parce que dire qu'on n'est pas seul avec certaines difficultés, la grossesse, l'accouchement et les premières années, et les suivantes aussi d'ailleurs, c'est pas quelque chose qui est évident et on peut se retrouver parfois tout à fait démuni. Le fait de pouvoir se reconnaître quand on est complètement isolé socialement, le fait de pouvoir se reconnaître dans un spot télévisé plutôt que dans une situation idéalisée, c'est déjà un premier élément. Ce n'est pas suffisant.

Donc j'ai parlé des pouvoirs publics, par rapport aux professionnels. Première chose, c'est la question des concepts. Les concepts, ils orientent notre pensée, ils orientent notre travail. Il a été question timidement de faire et d'intégrer de nouvelles catégories au niveau du DSM-IV et d'avoir une nomenclature particulière pour le déni de grossesse. Je pense que ce n'est pas une bonne idée. Le DSM--IV est quelque chose qui ne nous aide pas. On le sait, c'est une focalisation sur les symptômes. C'est une focalisation sur une description et c'est quelque chose qui à la limite, bouche les oreilles. Alors je veux bien qu'on fasse une catégorie spéciale pour le déni de grossesse dans le DSM-IV, mais alors, il finira par y avoir aussi dans le DSM-IV le cas de tous ceux qui croyaient, il y a encore un mois, que le CAC 40 allait continuer à grimper, grimper, grimper….

On a dit que la question du déni, elle est beaucoup beaucoup plus large que pour le déni de grossesse. Donc plutôt que d'avoir une catégorie particulière dans le DSM-IV ça me semble beaucoup plus utile de revenir régulièrement sur des mécanismes de défense, d'expliquer.

Par rapport aux professionnels, la formation initiale, d'abord c'est une question de formation à l'écoute. Si on voit ce qui se passe, dans les cours, par exemple, d'infirmières ou de sages femmes, comment est-ce qu'on va pouvoir aider l'étudiante à réfléchir à sa

propre histoire, à apprendre à écouter les femmes avec lesquelles elle est ?

Première chose, la question de la démarche déductive. Alors je ne sais pas comment cela se passe en France. Moi j'ai remarqué qu'en Belgique on continuait à obliger les élèves dans les premières années, d'études infirmières, à apprendre par cœur, comme un catéchisme, les 14 besoins fondamentaux de Viriginia Anderson. Je ne sais pas si vous avez cela, c'est quelque chose d'insupportable. Vous devez pouvoir réciter les 14 besoins de Virginia Anderson, et cela ne vous apprend pas du tout à penser, au contraire, ça vous apprend à ne pas penser.

Si on demandait aux étudiants *« De quoi, d'après vous, les femmes que vous rencontrez ont-elles besoin ? »*, et bien, elles trouveraient et elles réussiraient à ce moment-là à apprendre à s'identifier à la femme qu'elles ont en face d'elles !

Deuxième chose. La question, toujours dans la formation initiale, du *« Comment est ce qu'on peut apprendre à l'étudiant à être attentif à sa propre histoire ? »* On n'arrête pas de dire que la grossesse est un moment de remaniement psychique profond, comment est-ce que le professionnel peut réfléchir à ces remaniements psychiques, à son inconscient, si on veut qu'il puisse accueillir cela chez une femme ?

Alors même chose, j'ai regardé quelques cours de psycho d'infirmières. Je n'y comprends rien, on fait un melting pot, on se dit que, comme pour le moment il n'y a pas vraiment de bonnes théories, enfin on va mettre un peu de cognitivisme, de psychanalysme, etc. et c'est incompréhensible. Je ne sais pas comment ça se passe en France, alors que partir de la psychopathologie de la vie quotidienne, par exemple, c'est une manière pour n'importe quel étudiant de réfléchir. Qu'est ce qui se passe ? Pourquoi est-ce que je fais un lapsus ? Pourquoi est-ce que je fais un acte manqué ? Pourquoi j'oublie ma pilule, etc., par exemple.

Troisième point, il y en a pleins d'autres, réfléchir. Qu'est ce qui fait que je choisis ces études ? Je pense que c'est aussi quelque chose qui a un certain sens au moment de la formation initiale.

Au niveau de la formation et de l'information, on va continuer ce que nous avons fait. Vous avez publié un petit livre de Sophie Marinopoulos sur le déni de grossesse. Tous les 2 mois nous envoyons un petit livre comme ça, sur un thème à chaque fois différent, qui est envoyé gratuitement à toutes les équipes hospitalières, extrahospitalières, les crèches, les enseignants, etc.

L'idée étant de revenir régulièrement avec des textes brefs qui peuvent être travaillés et discutés en équipe. De la même manière, on diffuse par internet, des séquences qui durent maximum cinq minutes sur un point relatif au développement de l'enfant, de l'adolescent.

Alors c'est également extrêmement important en terme de réaction. On a eu par exemple une femme qui a égorgé ses 5 enfants. Cela provoque évidemment un émoi énorme au niveau du public et dans les médias. Qu'est ce que nous faisons à ce moment ? Comment ce travail et les spots se font, sur Internet ? On a, de la même manière, un fichier de mails de professionnels et on peut immédiatement envoyer à six ou sept mille professionnels un texte qui dit par exemple *« Comment comprendre qu'une mère assassine ses propres enfants ? »* C'est à la fois pour être extrêmement réactif à l'actualité, on l'a vu avec la presse régionale comme cela était parfois important.

On réagit à l'actualité en donnant des éléments de compréhension et on replace le professionnel dans sa fonction, on termine le texte en tant que professionnel, *« Que puis-je faire par rapport à une situation comme celle là ? . Moi, en tant qu'instituteur, demain il y a des élèves qui vont me parler de ça dans ma classe, Qu'est ce que moi je peux faire ? ».* Cette manière d'intervenir est également une façon de revenir régulièrement sur un certain nombre de choses

La formation continue, et on n'insistera jamais assez sur la nécessité des supervisions, des inter-visions, des réunions cliniques, qui ne doivent pas aborder nécessairement le déni de grossesse tous les mois. La question de l'écoute, peut tout à fait bien faire l'impasse sur le déni de grossesse. Apprendre à écouter, se donner du temps pour réfléchir ensemble, il y a de multiples thèmes qui peuvent aborder ça.

Cinquième aspect relatif au professionnel, Sophie Marinopoulos parlait d'une société winnicottiènne. Une société winnicottiènne, cela veut dire aussi penser à l'organisation des services, à tout le mouvement de la thérapie institutionnelle, à penser un certain nombre de choses, sur comment un service va pouvoir plus ou moins être winnicottien, même si à l'époque on ne parlait pas de cette manière là.

Comment l'information circule ? Quel est le rôle du chef de service ? Comment fait-il circuler la parole ? Quelle place il donne aux uns et aux autres ? Comment la pluridisciplinarité est-elle organisée ? Comment on pense à la complémentarité des professions ? Est-ce qu'on écoute les femmes de ménage ? Les patientes, elles parlent aux femmes de ménage, et les femmes de ménage à un certain moment, elles savent beaucoup plus de la situation de Mme Unetelle

que le chef de service, comment est ce que cela peut être intégré dans le travail chez nous ? Revenons aussi sur le rôle des psys, autant cela me semble indispensable qu'il y ait des psys dans les services, autant cela peut être extrêmement dangereux parce que le grand risque, c'est qu'elles se diront, *« C'est est truc bizarre, on ne comprend rien, c'est pour le psy ».* Alors ça, se serait à mon sens un échec complet du rôle des psys dans les services hospitaliers. C'est parfois gratifiant, parce qu'alors le psy, c'est calé, il est plus compliqué. Je ne sais pas si ça donne des orgasmes professionnels de la même manière que dans le domaine juridique, mais pour moi c'est un échec complet. Le rôle du psy c'est d'aider l'équipe à prendre en compte, à intégrer un certain nombre de choses. Quand Mme Unetelle dit quelque chose à une sage-femme par exemple, c'est à cette sage-femme là qu'elle s'adresse. Comment y a t'il moyen de lui donner une réponse quand on est désemparé ? Et puis le psy est désemparé aussi dans certains moments, et puis c'est, ce sont, ces moments là parfois qui sont les plus précieux

Donc je verrais beaucoup plus le rôle du psy en service hospitalier comme un rôle de contention, de gestion de l'angoisse, d'autoriser des mouvements circonstanciels, parfois violents. On n'est pas obligé d'aimer tous les patients, il y a des moments où on peut se sentir tout à fait désemparé, vraiment marre de Mme Unetelle ou de M. Untel. Autoriser cela permet quelque chose de tout à fait important, aider le professionnel à faire des liens avec sa propre histoire, il ne doit pas nécessairement l'inciter à le raconter mais l'inviter à faire des liens pour lui avec sa propre histoire.

Donner des occasions de penser comment aider, comment telle sage femme peut aider cette maman qui croit que son enfant lui jette un regard noir ? Comment est-ce que cela peut être travaillé dans une équipe plutôt que de se dire *« Oh! Elle m'a dit, il a jeté un regard noir, c'est pour le psy ».* Comment protéger une maman de l'intrusion de sa belle-famille par exemple ? Tout ça ce sont des occasions de travailler la relation, c'est valable pour l'hospitalier mais c'est également valable pour les extra hospitaliers.

Il y a des programmes spécifiques qui peuvent aussi être mis en route. Le Professeur Nisand parlait tout à l'heure, des équipes pratiquant les IVG. Je ne vais pas expliquer chacun des programmes mais il y a un certain nombre de programmes qui peuvent être pensés dans une stratégie de santé publique générale. Qui peuvent être pensés pour les généralistes, pour les pédiatres, pour les kinés, pour les intervenants avec les adolescents, pour les femmes toxicomanes, pour les professionnels qui font les échographies. On a parlé ce matin de la question de la récidive, tel est le terme juridique de la répétition, comment est ce qu'on peut éviter cette répétition ou comment est-ce

qu'on peut éviter une première situation aussi avec un certain nombre de programmes spécifiques ?

Vous voyez, tous ces aspects là dépassent très largement la question du déni de grossesse. Je pense qu'on ne peut pas en terme de prévention se focaliser là-dessus, mais plutôt penser à la question de l'organisation des services, de la formation des professionnels de manière plus large pour voir comment les coûts peuvent être augmentés, comment l'angoisse peut être contenue ?

Dernier point, les aspects légaux, les aspects organisationnels. Je pense que c'est important, peut être parce que je ne sais pas comment cela se passe en France, mais repenser la question de la durée de l'hospitalisation est nécessaire. Dans un certain nombre de situations se serait peut-être beaucoup plus malin de favoriser un retour précoce des mères et un accompagnement à domicile, alors que dans d'autres situations, il faudrait prévoir un moment d'hospitalisation nettement plus long dans le service où l'accouchement s'est produit et pas nécessairement refiler la patiente à un service spécialisé qui indique automatiquement qu'il y a quelque chose de particulier qui se passe.

Je vous remercie.

COMMUNICATIONS EN ATELIERS

Atelier 1

AUTOUR DES ASPECTS PSYCHIQUES

Modérateur

Docteur Félix NAVARRO

AFRDG

Le déni de grossesse : fonctionnement psychique et tests projectifs en postnatal

Sarah SEGUIN * Marina VALENTE**
Gisèle APTER-DANON ***
Professeur Bernard GOLSE****

*Allocataire de recherche, Université Paris V, Institut de psychologie Henri Piéron, Laboratoire de psychologie clinique Boulogne-Billancourt. Psychologue Chercheur, Unité recherche en Psychiatrie et Psychopathologie à Antony, Hôpital Erasme
: **Psychologue, Chercheur à l'Unité de recherche en Psychiatrie et Psychopathologie à Antony, Hôpital Erasme, Université Dijon
***Praticien hospitalier, Responsable Unité recherche en Psychiatrie et Psychopathologie à Antony, Hôpital Erasme
Université Denis Diderot Paris7 (co-directrice de thèse)
****Chef de service en pédopsychiatrie, Hôpital Necker à Paris
Professeur à l'Université Paris V, Institut de psychologie Henri Piéron Laboratoire de psychologie clinique (co-directeur de thèse)

Dans le cadre d'un travail de thèse en psychologie clinique, nous souhaitons livrer ici quelques éléments pilote de notre recherche, centrée sur les notions de mécanismes de défense et de psychopathologie autour du déni de grossesse.

Quelques éléments théoriques en préambule

Jacques Dayan (1999) définit dans son Manuel de Psychopathologie Périnatale le déni de grossesse comme un symptôme « recouvrant un ensemble de configurations psychiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant ». Le rapport au désir serait troublé. Notons que cet auteur différencie le déni de grossesse de la dénégation où les femmes ont plus ou moins conscience de leur état gravide mais ne l'acceptent pas. Selon Dayan,

il est davantage question de dénégation dans la majorité des cas qu'il a rencontrés, d'ailleurs Bayle (2005) parle de négation de grossesse plutôt que de déni.

Le déni de grossesse recouvre alors plusieurs degrés, dénégation, déni partiel et le plus fort et le plus impressionnant, le déni total.

Laplanche et Pontalis, dans le Dictionnaire de Psychanalyse (1998), proposent une définition métapsychologique de la dénégation comme un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ces désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent ». Le déni quant à lui est un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. ».

Déni de grossesse et mécanismes de défense

Dayan fait un inventaire des mécanismes de défense qu'il a repéré chez des femmes après le cinquième mois dans des formes mineures de négation de grossesse : dénégation, annulation, refoulement, déni, pensée magique, déréalisation névrotique et psychotique. Ces mécanismes psychiques de différents niveaux et très disparates témoignent, selon lui, de l'ambivalence du désir et de l'incapacité de ces femmes à la gérer. Peut-être même reflètent-ils de l'hostilité refoulée à l'égard de l'enfant.

Quelques hypothèses et troubles psychopathologiques retrouvés dans la littérature française

Bonnet (2002) élabore des hypothèses psychopathologiques : le déni de grossesse aurait bien souvent pour origine des histoires de maltraitance récente ou ancienne de l'enfance. Elle pense que la prise de conscience de la grossesse réactive alors l'expérience traumatique non traitée. Ainsi les effets du traumatisme non soigné viennent se superposer aux représentations imaginaires du bébé à naître. Pierronne, Delannoy, Florequin, Libert (2002) soulignent à propos de 56 cas une relation à leur mère perturbée pour un certain nombre de femmes (absence, indisponibilité de la mère ; forte dépendance mère-fille rendant l'autonomisation impossible). Tout comme Marinopoulos et Laporte, ces derniers auteurs notent aussi qu'il transparaît une relation œdipienne difficile, où le complexe d'Oedipe aurait été insuffisamment refoulé, plus souvent que des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel. Le fonctionnement familial évoquerait davantage le registre incestuel.

Un certain nombre d'études de cas sur le déni de grossesse rapportent que les femmes répondent à des situations variées et possèdent des structures de personnalité diverses (Kaplan, Grotowski (1996) et Kaaufman-Milstein et Milstein (1983)). La plupart d'entre elles s'orientent néanmoins du côté de la psychopathologie. Si l'hypothèse d'une structure psychopathologique spécifique n'est pas retenue, les études évoquent l'existence de troubles de l'adaptation.

Il est à noter que, dans l'ensemble des études rapportées, les troubles psychiatriques rencontrés n'ont pas de spécificité et ne sont pas systématiquement retrouvés. Ainsi, la relation entre la présence de troubles et la survenue d'un déni de grossesse ne peut être prouvée. Cependant, quasiment toutes les études font références à des diagnostics établis sur un entretien et sans outils pour objectiver leurs analyses.

C'est pourquoi il nous a semblé qu'il serait intéressant et plus fiable d'avoir recours à des outils spécifiques, en tout cas dans le domaine de la recherche, afin de mieux explorer les mécanismes psychiques de ces femmes. Les tests projectifs Rorschach et TAT sont les plus appropriés. Ils facilitent l'implication et la projection. Ils permettent une exploration fine de l'univers relationnel du sujet dans ses mouvements identificatoires ainsi que ses aménagements défensifs.

Déni de grossesse et tests projectifs

On retrouve seulement deux études sur le déni de grossesse où, parmi la population étudiée, quelques femmes ont été évaluées par des tests projectifs (Milden en 1985, thèse de médecine de Laporte en 1993). Les auteurs ne précisent pas à quel moment de leur vie les femmes ont été évaluées : en postnatal immédiat, à distance de l'épisode ?

Il est à noter que les tests projectifs n'ont jusqu'à présent que très peu été utilisés en périnatalité en général.

Bellion, dans une recherche sur 13 femmes enceintes concernant « le processus de maternalité à l'épreuve des tests projectifs », s'est intéressée au fonctionnement psychique lors de la grossesse et aux pulsions agressives des femmes enceintes. Les tests révèlent un refoulement face à l'agressivité et mettent en évidence un évitement du conflit. Bien que l'échantillon soit restreint, cette étude montre une spécificité du fonctionnement psychique pendant la grossesse, ce qui laisserait aussi imaginer une similitude pour le post-partum immédiat.

Actuellement Marina Valente, psychologue-chercheur dans l'Unité de Recherche avec laquelle la population contrôle sera recrutée effectue un travail de thèse dans la période postnatale en faisant passer des tests projectifs systématiquement à une cohorte de près de 50 dyades

dans le cadre de la recherche longitudinale sur les interactions précoces du Laboratoire de Recherche de l'EPS Erasme du Dr Apter-Danon.

Problématique

Nous avons voulu aborder la question suivante : existerait-il un fonctionnement psychopathologique particulier dont les caractéristiques seraient repérables dans le post-natal, chez les femmes ayant présenté un déni de grossesse ? Nous chercherons à évaluer si ces éléments projectifs seraient compatibles ou non avec les recherches et études de cas décrits dans la littérature.
Existent-ils des éléments communs dans le fonctionnement psychique des femmes ayant présenté un déni de grossesse ?

Hypothèse

Nous sommes partis de l'hypothèse de travail suivante : au travers des tests projectifs nous pourrions retrouver en postnatal les traces prénatales du mécanisme de déni. Ceci se traduirait par l'utilisation préférentielle de mécanisme de défenses spécifiques, qu'ils soient primaires ou secondaires (dénégation, clivage…). Ainsi, les femmes ayant dénié leur grossesse présenteraient des mécanismes de fonctionnement repérables, qui pourraient être perceptibles dans les tests utilisés.

Méthodologie

Population

Nous rencontrons toutes les femmes vues par l'unité Ppumma (unité mobile d'urgence en psychiatrie périnatale) acceptant de participer à la recherche de l'unité, proposée dans le cadre d'un PHRC. Parmi ces femmes, certaines ont présenté un déni de grossesse. Un groupe contrôle de femmes en post-natal n'ayant pas présenté de déni de grossesse sera utilisé afin d'établir des comparaisons. Celles-ci seront mises en perspective avec la population étudiée par Marina Valente dans la même unité de recherche.

Contexte

Les femmes sont rencontrées à domicile ou à l'unité de recherche, selon leur mobilité. Les passations se déroulent en deux phases, après que la recherche ait été présentée par téléphone. Lors d'une première rencontre, une partie d'un entretien semi structuré est

proposé, suivi du Rorschach. A l'occasion du second rendez vous, l'entretien est achevé et nous procédons à la passation du TAT.

Outils

Un entretien semi-directif est proposé, où les grands thèmes suivants sont abordés : l'histoire de la grossesse, les relations avec la famille, avec le père de l'enfant, l'adolescence.

Les tests projectifs Rorschach et TAT sont administrés. Le test du Rorschach permet d'étudier précisément les processus de pensée (analyse du cadre perceptif : contenants de pensée), le traitement des conflits ainsi que les défenses mobilisées et les angoisses ressenties. Le TAT (Thematic Apperception Test) est utilisé pour étudier la dynamique conflictuelle au niveau de la relation d'objet, afin d'en analyser les mouvements d'une part, et d'autre part pour observer ce qu'il en est de la dynamique œdipienne.

Etude du cas de Mme B

Eléments d'anamnèse

Mme B., femme d'une trentaine d'années sans enfant, consulte sa gynécologue parce qu'elle a senti « comme son cœur battre en bas du ventre ». C'est à partir de cet instant qu'elle a pensé à l'éventualité d'une grossesse mais s'est immédiatement dit « non ce n'est pas possible, je n'ai pas grossi, j'ai toujours mes règles ». Lors de la consultation, la gynécologue lui annonce qu'elle est enceinte d'au moins 5 mois, ce que l'échographie confirmera dans les minutes suivantes. Mme B. est sous le choc et envahie d'émotions fortes et contradictoires. Elle avait pourtant cessé de prendre la pilule des mois auparavant dans le but d'avoir un enfant. Dans la période correspondant au début de la grossesse, elle s'est sentie nauséeuse, mettant ses sensations sur le compte de repas trop copieux. Elle dit ne pas avoir pensé une seule seconde à une grossesse à cette époque, bien que son compagnon lui ait dit : « tu es peut-être enceinte ». Cette éventualité lui paraissait alors impossible. Son partenaire, n'acceptant pas cette grossesse, tente de l'emmener à l'étranger pour une IVG, ce à quoi elle s'oppose. Elle se sépare de lui pendant la grossesse. Pour argumenter son désaccord, elle adopte un discours assez moralisateur « je ne pouvais pas faire ça, ça ne se fait pas ! ». Subissant la violence qu'elle décrit de cet homme, elle le quitte pendant la grossesse et commence à consulter. Quelques mois plus tard, elle retourne vivre avec lui, mettant en avant au quotidien une emprise « perverse », des disqualifications, développant ainsi une forte dépendance et soumission à cet homme qui refuse selon elle qu'elle accède à une autonomie (comme reprendre une activité professionnelle).

Elle accouche 1 mois avant terme. Elle aura donc était enceinte « psychiquement » 3 mois.
L'entretien ne permettra pas de recueillir beaucoup d'informations sur sa famille, son enfance, les relations avec ses parents. Elle répond très brièvement et assez froidement, faisant comprendre qu'elle ne souhaite pas approfondir.

« Mes parents sont divorcés, mon père n'était jamais là pour nous, mon père m'a toujours manipulé » glisse t'elle rapidement entre deux phrases en minimisant. Les relations avec sa mère sont décrites comme bonnes, mais de manière plaquée « on est proche, on s'appelle tous les jours, parfois plusieurs fois ». La question de la relation à son propre père reste donc ouverte et suscite de nombreuses hypothèses fantasmatiques ou réelles.

Elle vient avec son fils âgé de 4 mois aux entretiens, lequel sollicite particulièrement son attention.

Eléments amenés par les projectifs

Les tests projectifs de cette femme sont inhibés et défensifs.
Pendant les tests elle se tourne beaucoup vers son enfant même lorsqu'il ne pleure pas, comme pour se mettre à distance de la passation. Elle l'intègre beaucoup dans le test (par exemple : planche VII du Rorschach « une grande bouche qui sourit (le bébé rit), comme toi qui rigoles tout le temps ». Ceci lui permet d'éviter une trop grande implication dans la passation et rend difficile l'accès à son monde interne.

Les éléments prégnants sont les suivants :

- Difficultés autour de la conflictualité
- Particularité de l'image de soi et de l'identité sexuée
- Dimensions obsessionnelle et narcissique comme modalités défensives
- Position dépressive non élaborable

Difficultés autour de la conflictualité

La conflictualité intrapsychique et interpersonnelle est difficile à aborder. Les personnages sont souvent peu mis en lien avec des récits plutôt a-conflictuels.

Ex : « Une jeune femme…c'est dans un truc, un environnement d'agriculture il y a quelqu'un qui fait avec des chevaux, comment ça s'appelle. Il y a une dame qui regarde, l'autre qui part, elle a pas l'air triste, plutôt étonné de voir celui-là ici ne rien faire et lui il travaille. Ça peut être, non je pense pas que ce soit leur fille, ça peut être un écolier avec les livres dans les mains. » (Planche 2 (TAT) qui renvoie au triangle œdipien père-mère-fille. Elle met à l'épreuve l'organisation œdipienne et son caractère plus ou moins structurant).

La relation œdipienne est abordée par la dénégation, ce qui signe qu’elle est difficile à élaborer. Le fait que la triangulation soit reconnue mais déniée laisse penser à une rivalité sous-jacente entre les personnages féminins. De plus, la relation de séduction avec une image paternelle entraîne une abrasion des fantasmes de séduction dans le sens d’une lutte contre le sexuel (ici par la désexualisation du personnage qui passe de jeune fille à écolier).

Il semble donc que l’agressivité tout comme la dimension libidinale soient évitées et difficiles à traiter car trop chargées émotionnellement.

L’imago maternel est un objet auquel il est difficile de s’identifier.

Ex : « Là je vois, soit ça peut être la maman avec une fille qui discute ou une nounou, comme à l'époque ça se faisait beaucoup, soit c'est une maman avec sa fille soit une nounou vue comme elle est habillée. Cette fille là a pas l'air très intéressée, elle écoute pas vraiment elle regarde ailleurs soit elle regarde quelqu'un qui entre, soit elle est pensive. Elle a quelque chose dans les mains mais je peux pas dire quoi. » (Planche 7GF (TAT) : renvoie à la relation mère/fille. Dans un contexte œdipien, elle sollicite des mouvements d’identification de la fille à la mère qui autorise ou non l’accession à une place de femme et de mère. Dans d’autres contextes, le conflit se double de la réactualisation de l’ambivalence dans la relation mère/enfant, en termes d’amour et de haine, de proximité et de rejet. Le conflit se noue autour de l’identification à la mère favorisée par celle-ci).

On voit ici une tentative de diminuer les conflits dans la relation mère-fille par la mise à distance du lien (nounou), avec des difficultés à s’identifier à l’objet maternel. Il semble exister une lutte contre l’installation du mouvement d’identification de la fille à la mère (aller retour et choix impossible entre « maman » et « nounou »). Son impossibilité de percevoir une poupée ou un bébé dans les mains de la fillette (personnage auquel elle s’identifie) montre la difficulté pour elle d’avoir accès à une fonction maternelle.

Particularité de l’image de soi et de l’identité sexuée

Une tendance à l’auto-dévalorisation apparait de manière récurrente souvent axée sur son français inexact.

« Je suis pas très bon pour raconter des histoires en français… ».

On peut noter aussi une attention particulière portée au corps voir une inquiétude avec la fréquence des réponses anatomiques données au rorschach (« échographies », « cœur », « une hanche sur une radio »). Ceci peut être lié au fait qu’elle ait accouché il y a 4 mois.

On retrouve un véritable vacillement identificatoire au niveau de l'identité sexuée

Ex : « (…) là on dirait une militaire vue comme il est habillé avec un uniforme et elle, ils sont en train de faire une opération avec des ciseaux (…) Ils essaient de lui voler quelque chose comme c'était à l'époque dans la guerre. (…) C'est une femme militaire, très sévère. » (Planche 8BM (TAT) renvoyant au problème de l'agression corporelle qui peut être vécue au niveau de la castration ou au niveau de la destruction).

Cette planche réactive des fantasmes de castration (opération au ciseau), où la figure féminine apparait castratrice et sadique. Elle semble osciller entre l'identification aux deux personnages : femme militaire sévère et personnage persécuté (bourreau et victime à la fois), ce qui signifierait qu'elle ne pas peut choisir entre position active et passive.

Dimensions obsessionnelle et narcissique comme modalités défensives

Elle mobilise beaucoup de défenses rigides, obsessionnelles (dénégations, annulations, doutes, précautions verbales, …)

La dénégation est particulièrement opérante. Elle est utilisée pour lutter contre l'expression de l'agressivité, de la sexualité, des affects et en rapport avec le lien de filiation. (Voir planche 2 du TAT citée précédemment où l'affect de tristesse et le lien de filiation sont déniés : « … elle a pas l'air triste …je pense pas que ce soit leur fille… »).

Des fragilités narcissiques sont à noter, avec quelques recours au clivage et à l'idéalisation.

Ex : « On peut voir une figure ça peut être un ange, ou une sorcière on peut voir les 2 dedans je trouve. » (Planche I (Rorschach) qui sollicite l'image de soi, la maîtrise du corps, l'engagement corporel, l'expression personnelle devant le danger, les capacités de soi).

Ex : « Qu'est-ce que je vois la…+ je vois une femme courir, une autre qui se cache derrière un arbre, un palmier ou un arbre. C'est la femme de ménage qui observe ce que fait la maîtresse de maison. Elle a l'air de se cacher, de l'observer voir ce qu'elle fait. Voilà » (Planche 9GF (TAT) qui renvoie à la rivalité féminine)

La représentation de soi et de l'autre est clivée entre bon et mauvais objet, parfois idéalisé (ange), parfois dévalué (femme de ménage, sorcière).

L'utilisation massive de références personnelles va dans le sens d'une centration sur soi :

Ex (Planche III du Rorschach) : « Ça me fait penser à l'échographie ce truc là - Enquête : comme mes échographies, c'était un peu… voyez comme ça, j'ai regardé mes échographies hier soir encore, parce que ma mère est là en ce moment et on a regardé hier soir, les photos aussi » (soulignés par nous).

Position dépressive non élaborable

On note des difficultés à élaborer la perte, le ressenti dépressif.

« Là il y a quelqu'un qu'est triste qui pleure je veux dire... C'est pareil c'est peut-être une femme. Je sais pas si elle pleure mais au moins elle est un peu fatiguée ». (Planche 3BM du TAT qui renvoie à la position dépressive avec traduction corporelle)

« Un garçon, un tout petit garçon en train de réfléchir devant une porte, un chalet voilà il réfléchit il est dans ses pensées. » (Planche 13B du TAT qui renvoie à la capacité d'être seul dans un environnement précaire).

Aucune représentation ne peut être associée avec l'évocation de la perte de l'objet. Bien que les affects dysphoriques puissent être reconnus (pour la première réponse seulement), Mme B. ne peut pas les mettre en lien avec une représentation de perte, ni évoquer d'objet étayant ou réparateur.

La question d'une dimension dépressive chez Mme B. est soulevée par cette difficulté à traiter et élaborer la perte et par sa tendance à se dévaluer.

L'utilisation d'une échelle mesurant la dépression, la Madrs (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) vient confirmer l'allure dépressive. La MADRS a un score de 18 (cut-off >15 pour affirmer le diagnostic de dépression). Ceci corrobore les éléments rencontrés aux projectifs.

L'analyse de l'ensemble des tests projectifs va dans le sens d'une structure de type névrotique avec des défenses secondaires plutôt d'allure obsessionnelle, accompagnées de fragilités narcissiques et d'éléments de dépression.

Discussion

Nous nous attendions au travers des tests projectifs à retrouver les traces du mécanisme de déni par l'utilisation préférentielle de mécanismes de défenses spécifiques, qu'ils soient primaires ou secondaires.

En terme de mécanismes de défense, Mme B. utilise beaucoup de défenses obsessionnelles surtout de l'ordre de la dénégation, même au-delà de ce que nous attendions. Elle a aussi

recours à l'annulation et au clivage au rorschach et au TAT. Son discours autour de la grossesse est également emprunt de rationalisation.

Ce ne sont donc pas des mécanismes de déni primaire massif qui apparaissent dans ce protocole. Les défenses obsessionnelles qui sont utilisées pourraient venir masquer ce mécanisme, à moins qu'au contraire, la dénégation, l'annulation et le clivage viennent mettre à jour la trace du déni.

En effet, la dénégation pourrait venir marquer une certaine continuité du déni, peut être dans le sens d'une persistance sous une forme plus secondarisée, à moins que ces mécanismes soient en lien avec la question du traumatisme de l'annonce de la grossesse au moment de la levée du déni. Est ce qu'alors les défenses obsessionnelles seraient mobilisées comme une tentative de gérer cette révélation traumatique là ?

Cette étude de cas met à jour un autre point important, celui des difficultés autour des identifications. En effet, l'identification à une figure et à une fonction maternelle parait impossible. De plus l'oscillation des identifications est prégnante dans le sens d'un vacillement de l'identité sexuée.

Cette difficulté d'accéder à une place de mère pourrait peut-être expliquer la mise en place de ce phénomène. Le vacillement identificatoire que les tests révèlent pourrait faire écho au remaniement identitaire provoqué par l'accès à la maternité.

L'importance de la dénégation est à souligner tout particulièrement puisqu'elle apparaît lors de situations spécifiques : notamment dans l'abord du lien de filiation mère/fille, et de la relation triangulaire père / mère/fille. Ceci montre la difficulté d'élaboration de la problématique œdipienne et pose la question de l'accès à l'identification maternelle, tout comme la non reconnaissance du poupon (voir ex planche 7GF du TAT) qui est perçu mais impossible à nommer.

Quel est alors véritablement l'objet du déni : l'enfant en lui-même, l'idée d'être mère, , la relation sexuelle, la sexualité en général ou encore son identité de femme, les capacités de procréation, la féminité, le fait d'être enceinte ?

Cette étude de cas amène certaines questions :

En quoi la levée du déni pendant la grossesse et la présence du bébé ont été activatrices de mécanismes de défenses ou protectrices de mécanismes primaires, mobilisant un système défensif qui était déjà le sien auparavant ?

Comment s'est aménagée la levée du déni partiel et est-ce cela qui est mis en évidence dans cette période post-natale où les

réaménagements psychiques sont nombreux, du fait de la naissance d'un enfant ?

Finalement contre quoi cette défense est-elle mobilisée ?

En quoi la perception de cette grossesse serait-elle traumatisante pour cette femme ? Et plus généralement pour les autres qui ont aussi présentées un déni de grossesse ?
Alors que les mécanismes apparaissant sont plutôt secondarisés, comment comprendre l'effraction de ce mécanisme primaire qu'est le déni ?

La poursuite de cette recherche nous permettra peut être d'apporter des éléments de réponses à ces questionnements, à travers d'autres cas et par la comparaison avec des femmes qui n'ont pas présenté de déni de grossesse.

En effet, à partir d'autres protocoles, nous aurons plus de possibilités d'analyse des mécanismes primaires ou secondaires face au déni. Nous essaierons ainsi de vérifier si les difficultés autour de la conflictualité et des identifications sont des caractéristiques de ce type de problématique.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

APTER-DANON G, GRAIGNIC-PHILIPPE R., DEVOUCHE E, GIANOLI-VALENTE M., LE NESTOUR A. (2006) ***:*** Dépression Maternelle Périnatale et Développement psychomoteur à 3 mois (poster) *4ème Congrès de l'Encéphale* Paris,11-13 Janvier.

BAYLE B. (2005) *L'enfant à naître* - Coll. Vie de l'enfant, Eres.

BELLION E. (2000) *« Le processus de maternalité à l'épreuve des tests projectifs »* in carnet Psy.
(http://www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/index.htm).

BONNET C. (2001*). Geste d'amour, l'accouchement sous X. Odile Jacob : Paris*.

BRELET FOULARD F., CHABERT C., (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

CHABERT C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.

DAYAN J. (1999). Psychopathologie de la périnatalité. Masson : Paris

GRAIGNIC-PHILIPPE R., APTER-DANON G., GIANOLI-VALENTE M., DEVOUCHE E., VARGAS A., LE NESTOUR A. (2004) La dépression pré-natale, et après ? (Poster) *2ème Congrès de l'Encéphale* Paris, 14-16 Janvier.

KAPLAN R., GROTOWSKI T. *"Denial pregnancy"* Australian and new Zealand journal of psychiatry; 1996, 30 (6) : 861 – 863 p.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Puf : Paris.

LAPORTE J-L. (1993). Déni de grossesse. POITIERS, Thèse Med.

MILDEN R, ROSENTHAL M, WINEGARDNER J, SMITH D, : denial of pregnancy : an exploratory investigation. Journal of psychosomatic Obstetrics and gynaecology, 1985; 4; 255-261.

MILLER L-J *"Maladaptive denial of pregnancy"*, American journal of psychiatry, 1991, 148 (8): 1108.

MILSTEIN K-K., MILSTEIN P-S *"Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report"* Journal of clinical psychiatry, 1983, 44 (5): 189 – 190

PIERRONNE C., DELANNOY M.-A., FLOREQUIN C., LIBERT M., (2002). *Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité*, in Perspectives psychiatriques, juillet, vol 41, p 182-188.

Déni de grossesse : Quand le psychisme occulte une partie du corps
Discussion anthropo psychanalytique

Docteur Berthe LOLO
LPCP (Paris V René Descartes)
EPSMDA de Prémontré

Discours de femmes

Notre réflexion part du discours des femmes ayant vécu un déni de grossesses. Des femmes qui ne se connaissent pas mais qui utilisent les mêmes mots pour dire ce qui leur arrive. Elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes. Elles n'avaient pas constaté des différences dans leurs corps. Leur corps n'avait pas changé comme celui des autres femmes enceintes. Elles n'avaient pas le masque de grossesse avant la découverte de la grossesse. Après la découverte de la grossesse, le corps s'est métamorphosé.

Au moment de l'accouchement, dans le déni total, les douleurs ne sont pas pelviennes mais abdominales ou dorsales.

Ce discours commun ne relève plus que d'une histoire individuelle mais aussi d'une histoire commune. Et parce que commune, peut-on imaginer des éléments externes à la conscience des unes et des autres, éléments qui relèvent de l'inconscient psychique ?

Y a t-il dans le psychisme des situations permettant d'occulter une réalité et à fortiori celle d'être enceinte ?

Seule la femme peut être enceinte. Mais qu'est ce que « être enceinte » et aussi qu'est ce que être femme, être enceinte et accoucher ?

Pourquoi vers le 6° mois, le biologique, le réel, s 'impose chez certaines et pas chez d'autres ?

Hypothèses anthropologiques de travail

Pour comprendre ce qu'est le déni de grossesse, on ne peut faire l'impasse sur l'explication et la compréhension de certains concepts et de certains mots. C'est quoi une femme ? C'est quoi être enceinte ? C'est quoi enfanter ? C'est ainsi que la problématique du déni de grossesse rencontre notre préoccupation du moment, travail d'élaboration théorique que nous menons à côté de notre maître de thèse, M. Denis Duclos1 depuis une dizaine d'années sur le leurre de la sexualité et ayant alimenté d'une part une proposition de classification analytique et des troubles mentaux et des positions subjectives en général, et d'autre part nos travaux sur l'anthropologie générale et les faits de sociétés en Afrique sub-saharienne, tout cela rentrant dans le cadre d'une anthropologie singulière que nous souhaitons appeler l'anthropo psychiatrie ou l'anthropo psychanalyse.

Le leurre de la sexualité : la différence sexuelle biologique

Depuis le début de l'humanité, La différence biologique a toujours interrogé alimentant les mythes et les théories anthropologiques. La première réponse donnée est qu'elle est nécessaire d'une part pour la reproduction : faire des enfants qui nous continueront dans le cycle de l'humanité et d'autre part pour la jouissance sexuelle : le repos du guerrier. Des enfants pour peupler le monde et la jouissance pour lutter contre la frustration ! Et si derrière cette vérité simple se cachait une réalité autre, symbolique, comme nous l'enseigne la psychanalyse classique freudienne, les autres disciplines qui interrogent le sujet, ou tout simplement les vérités traditionnelles rencontrées dans le discours folklorique ?

Poser la sexualité de complétude comme un leurre nous pousse à comprendre ce qu'elle peut voiler.

Dans nos travaux, nous sommes arrivés à postuler que l'homme naît différent de la femme, non pas dans le seul but de jouir et de faire des enfants, mais pour expérimenter sa singularité et de son unicité. Ce que la notion de culture et de la société cherche à occulter !

En effet, de par la conception par nos deux parents qui nous donne la vie, de par notre évolution intra utérine dans l'utérus de notre « mère porteuse » et à cause de notre naissance « de débile immature qui dépend de son entourage » nous sommes et restons redevables aux autres. La culture humaine de complétude nous pousse à rester en groupe et à continuer à perpétuer cet esprit groupal humain.

L'autre sera celui vers qui nous allons faire la demande de ce qui nous manque, soulignant ainsi notre différence à lui et notre

[1] Denis Duclos, sociologue, directeur de recherche au CNRS, enseignant Paris VII Jussieu, pôle d'intérêt, la pluralité et la singularité dans le phénomène social.

insatisfaction. Il est aussi celui à qui nous pouvons donner vie, mais relevant paradoxalement notre mortalité.

Dans les civilisations anciennes et/ou traditionnelles, des rituels, des modes de vies montrent que la culture humaine de complétude du groupe ne va pas de soi. On retrouve des situations contraires, des guerres, de l'homosexualité, des troubles de l'identité sexuelle qui soulignent que le rapport sexuel rate toujours. Et dans certaines situations extrêmes l'acte sexuel peut être considéré comme négatif, voire dangereux et mortel.

La place de la femme : mère et compagne

L'enfant conçu dans l'acte sexuel va avoir deux rôles majeurs sur le plan symbolique. Il est pris dans une relation d'amour à l'autre, dans l'édification du système de l'altérité, lorsque l'une l'offre à l'autre. Il est aussi pris dans le rôle de perpétuer l'espèce, la vie. Ces deux rôles ne sont pas à confondre et à mettre sur un même plan symbolique. L'un relève de l'axe du symbolique vrai que nous avons appelé l'axe paternel dans nos travaux, et l'autre celui de l'axe de l' « imaginarisation », l'axe maternel.[2] Dans nos travaux, nous dénonçons une intrication de ces deux axes, un recouvrement de l'axe de l' « imaginarisation » par l'axe du symbolique, de la fonction symbolique de la mère (le nom de la mère)3 par la fonction symbolique du père (le nom du père).

Le sujet à l'âge adulte occupera une position subjective singulière qui lui est propre qui part du désir des parents lors de sa conception et des aléas de la fonction maternante dès cette conception et de la fonction paternelle. La mise en place de la subjectivisation du sujet tient compte des deux axes, l'axe paternel qui déterminera la fonction symbolique, la relation de soi à l'autre et l'axe maternel qui déterminera la fonction de l'imaginaire qui est la relation de soi à soi. Le sujet sera donc conçu comme un sujet désirant car manquant, et un sujet créateur car comblé.

Cette double conception et double enfantement du sujet est nécessaire pour comprendre la complexité de l'être et surtout de la femme. Car la femme est deux en un. Elle donne naissance à l'humanité et elle est la compagne de l'homme qui interpelle ce qui lui manque. Etre une femme, c'est deux en un ; Etre la compagne de l'homme, être la mère de l'humanité aussi être enceinte, c'est aussi

---

[2] B. Lolo : Entre symbolique et imaginaire, le champ des positions subjectives : Les catégories nosographiques revisitées à la lumière de la psychanalyse Thèse soutenue mars 2006 paris VII Jussieu

[3] M. Chabal : le nom de la mère *M.A.U.S.S.* N° 12, 2°semestre 1998 Paris, La découverte. P 223

deux en un, récupérer l'homme qui nous manque en étant enceinte de lui et être le créateur en engendrant un autre nous !

Si l'acte sexuel peut avoir un équivalent symbolique, concevoir et donner naissance aussi, nous comprendrons aisément que la grossesse elle aussi puisse subir les aléas psychiques chez les femmes lors de son déroulement.

La femme souvent désirante recherche chez l'autre ce qui lui manque et peut vivre sa grossesse dans la joie et la plénitude. Et même dans ces cas, il ne va pas de soi qu'elle puisse aimer accoucher de cet enfant qui la comble. Nous constatons dans des faits divers des femmes qui aiment être enceintes puis à l'accouchement ne savent plus que faire de l'enfant qui souvent se trouve placé. Accoucher d'un enfant relève de la création. C'est une histoire de vie et de mort4 qui peut être dissociée de la jouissance d'être pleine de l'autre. L'opération d'accouchement est du côté de l'imaginaire ou de l'imaginarisation, de la relation de soi à soi, du genre féminin qui devient du genre humain5. Nous insistons pour dire qu'accoucher devient une opération physique doublée d'un symbolisme.

Accoucher rime avec date, moment, temps. Il relève presque de la science fiction car permet de voyager dans le temps. Les travaux des neurobiologistes cognitivistes donnent de la valeur aux travaux sur l'anticipation. L'action qui semble représenter le temps présent est inscrite quelques instants dans le cerveau avant la mise en acte. L'action voyage dans le temps, à moins que ce soit notre notion de temps qui doit être revue et corrigée à la lumière des théories de la relativité décrites depuis Einstein.

Dans les écueils du processus de ce double enfantement nous pouvons retrouver la place du temps dans les étapes de la création et du déni: *« Je ne suis pas enceinte, le temps ne s'écoule pas, »* et dans les étapes de la castration : *« Je ne suis pas femme, je ne désire pas ».*

En étant une femme comblée qui n'a besoin de rien, l'autre engendré ne peut être qu'englouti en elle. Quand elle est femme ayant besoin d'un autre en miroir pour s'imaginer vivante, l'autre engendré reste un vis-à-vis mais dans un corps à corps.

---

[4] La mère peut refuser de donner la vie, en avortant, ou en tuant de plusieurs façons le bébé immature qui naît et dépend d'elle.

[5] Le fœtus naît de la fusion des deux gamètes qui donne un œuf qui aura pour ambition de devenir à la fin de la grossesse, le prototype de l'être humain, du genre humain.

La grossesse et l'accouchement

Nos travaux nous ont amenés à réfléchir sur le symbole, la parole et l'action ; le prototype de l'action est la création dans la conception et surtout dans l'enfantement. Accoucher d'un enfant n'est pas un acte anodin. L'accouchement commence au moment de la conception jusqu'au moment où on lâche le sujet et que l'on s'en sépare. Beaucoup d'enfants ne seront pas accouchés restant dans la mère devenant soit un appendice soit un vis-à-vis. D'autres enfants seront accouchés mais tenteront d'annuler ce moment d'accouchement ayant à découdre avec le temps (récréant une action sans fin) et d'autres les ramèneront au moment de l'origine, annulant le temps nécessaire à la création, ils sont le début et la fin.

Sur le plan anthropologique chaque enfant a une place singulière :

C'est l'exemple de l'enfant fait sur le dos de l'homme et qui sera attiré du côté du mystique et du charisme ; l'enfant indispensable pour se dire vivant qui ira du côté de corps à corps hébéphrénique ; L'enfant commensal dans l'autisme et l'enfant conçu prématurément qui aura à découdre avec la notion du temps et tirera vers un fonctionnement paraphrénique et mytho maniaque.

Être enceinte, c'est comment porter ces enfants différents. La période de la grossesse est une période des fantasmes car la vue n'est plus d'aucun secours. C'est la vie que l'on ne peut pas voir (un peu comme la matière vivante visible uniquement au microscope.)

Pourquoi certaines femmes portent-elles différemment leurs enfants, sachant qu'une même femme peut porter différemment (nous entendons bien porter symboliquement) ses enfants ?

C'est ainsi qu'il est temps sur le plan de notre fable phénoménologique d'introduire la pulsion de croître et la formation des positions subjectives. Même avant de rappeler ce que nous nommons la pulsion de croître et la cartographie des positions subjectives où nous verrons que le psychique et le physique marche la main dans la main, nous voulons rappeler que le fœtus bien que symbolisé d'une manière quelconque par la mère, l'est surtout et parce que, produit différencié de la mère biologiquement. Il n'est pas le résultat d'une excroissance ou d'une reproduction par fissiparité, il existe grâce à l'apport de quelque chose d'étranger. C'est cet étrange que le corps de la femme à souvent du mal à supporter. C'est cet étrange qui est responsable de toute une série de modifications physiques et psychiques à partir de la nidation. Ce corps étranger, ce début d'autre peut donc être perçu dès les premiers moments de l'implantation utérine chez certaines femmes, perçue biologiquement et subir des traductions psychiques symboliques.

Le masque de grossesse, toutes les manifestations physiques et psychiques de la grossesse seront donc singuliers et différents en fonction des positions subjectives.

La pulsion de croître et la construction de la position subjective ; le biologique et le psychique marchent main dans la main

Chaque enfant a une place singulière dans l'histoire de ses parents, de sa mère. Bref il y a un but, une finalité dans sa venue et son être au monde. C'est cette finalité, cet être au monde qui est porté par la pulsion de croître.

Pourquoi l'action et pourquoi la vie ? En dehors des philosophes et des théologiens, les psychanalystes donc Freud, se sont interrogés sur l'action et ce qui le sous tend.

La théorie des pulsions va essayer de proposer une explication à la vie. Nous croissons et décroissons pour enfin mourir mais différemment. La pulsion de croître s'est imposée à notre élaboration pour établir le lien entre le physique et le psychisme, et pour expliquer l'action de la sexualité et de son versant symbolique. Cette pulsion de croître nous a permis d'imaginer une cartographie des positions subjectives ayant un lien logique avec les groupes nosographiques des pathologies psychiatriques[6].

Une femme qui enfante est une femme qui se sent en dette de vie et qui reconnaît qu'elle est issue d'une autre femme. Dans les quatre catégories classiques de femmes ; il y a celle qui se sent comblée, elle a en elle ses multiples enfants qu'elle n'accouchera pas, puis il y a celle qui considère qu'accoucher, l'acte d'accoucher est le plus important. Celle pour qui accoucher d'un enfant qui reste son vis-à-vis est important, celle qui pense être enfant donc pas prête pour accoucher, celle qui est disqualifiée comme femme et pourrait être alors l'égale d'un homme et peut ainsi faire son enfant tout seul.

Les femmes n'occupent pas la même position unique dans le rapport à l'autre et donc à l'homme.

Positions subjectives et déni total et partiel de grossesse

Pouvons-nous proposer des positions subjectives plus enclines à un déni de grossesse que d'autres, occultant la réalité et à fortiori celle d'être enceinte ?

Etre enceinte, c'est être dans un processus de création. On en est conscient ou pas. Ou plutôt on le symbolise ou pas.

---

[6] Note de l'Editeur : Nous ne pouvons, faute de place reproduire les développements que l'auteur nous avais transmis en particulier sur la pulsion de croître et pour lesquels nous invitons le lecteur à consulter la thèse d'anthropologie psychanalytique de B. Lolo et son ouvrage à paraître sur la schizophrénie : B. Lolo « Schizophrénie, autrement… »

On peut être consciente d'une grossesse et ne pas désirer l'enfant que l'on porte. On pourra abandonner cet enfant ou avorter mais ce sera rarement le cas d'un infanticide. Tuer son enfant, lorsque l'on a été consciente des neufs mois de la grossesse, revient à s'automutiler, c'est éliminer, c'est tuer une partie de soi, cette paradoxalité nous renvoie plutôt vers un syndrome mélancolique.

Quand la grossesse est consciente, le processus d'accouchement peut être anticipé.

Dans le processus de non-créativité psychique, nous retenons deux situations, celle de l'enfant enfoui dans soi dans la position autistique et celle de l'enfant vis-à-vis dans la position hébéphrénique, en miroir. L'enfant vis-à-vis étant souvent vital pour la femme, sa grossesse désirée est en général consciente ainsi que l'accouchement.

C'est dans la situation d'enfant enfoui, de la position autistique que l'on pourra imaginer le déni de grossesse.

Dans le déni de la grossesse, la femme n'est pas consciente de la grossesse car elle est déjà pleine, en plus, elle n'est en manque ni du bébé à offrir au conjoint, ni de la comblétude de la grossesse. Dans la position subjective autistique, qui signifie être du même genre, l'enfant devient un appendice interne. Il n'y aura donc pas de ressenti obligatoire de façon congruente chez elle. On n'est pas conscient ni de son rein ni de son poumon. Pour ces positions subjectives le corps propre et ses organes n'entraînent pas de ressenti proprioceptif.

Le bébé du même genre est un bébé qui survient dans une période de quiétude, sans questionnement et sans désir. C'est pour cela que l'on peut l'avoir après l'accouchement d'un autre enfant puisque la femme a ce qu'elle désire en main. Le déni peut donc survenir chez les multipares. Dans la situation du déni de grossesse, la femme n'est pas enceinte, elle n'est pas entrain de créer. Ce qu'elle crée n'existe pas, cette partie là n'est pas à ressentir et donc n'existe pas. La femme n'est pas de nouveau enceinte car elle l'est toujours, elle n'est pas femme car enfant incestueux de sa mère et de son frère. Elle est vide dans la pensée, parfaite et sans faille et sans affect.

Durant le déni, la femme ne peut anticiper l'accouchement. Lorsque le déni est complet on peut comprendre l'étrangéité du moment de l'expulsion de l'enfant, du sentiment de morcellement et de non reconnaissance du bébé expulsé et du geste d'infanticide qui peut s'ensuivre pour revenir à l'ancienne réalité où l'on est soi, comblée.

On peut envisager une femme qui vivra un déni de grossesse choisissant un homme enfant, un homme copain « incapable symbolique » de l'engrosser. La future grossesse est d'emblée bannie. On l'envisagera plus facilement active dans la mesure où elle a pour mission d'aider l'autre imparfait en face d'elle, l'aider à le

parfaire. On l'envisagera parfaite sachant ce qu'est la perfection. C'est ce qui se joue du côté de symbolique, de l'axe de l'altérité, de sa relation à l'autre. N'étant pas en manque de l'autre, pas désirante, c'est le concept même de la pensée de la grossesse qui est annulé. Elle ne peut être enceinte. C'est l'incapacité à penser le manque, le trou chez le sujet par le mécanisme psychique d'annulation rétroactive.

On observera une position subjective présentant l'idéal, l'altruisme la psychorigidité et aussi une dépendance à la mère ou la grand-mère maternelle.

Dans le déni de la grossesse on retrouve deux problématiques en une.

Ne pas être en manque ou annuler le manque, situation que l'on ne retrouve pas chez l'hystérique et le phobique mais plutôt dans l'annalité et l'obsessionnalité ; Etre dans l'impossibilité de créer car création annulée du fait que l'on soit du même genre, situation que l'on ne retrouve pas chez les charismatiques et les paraphréniques mais plutôt chez les autistiques. Pour le paraphrène, le temps de créer n'est pas encore là. Pour le charismatique, mystique, il aspire sa création, il est la création.

Le déni de grossesse

Dans le déni de grossesse nous soulignons deux problématiques. La première concerne le schéma corporel, la femme ne reconnaît pas cette partie d'elle en cours de création, et en même temps elle n'est plus femme créatrice, elle est « le genre féminin » dénuée de la « Marque » qui est la grossesse. La deuxième concerne le trouble de la pensée symbolique sous tendu par l'utilisation du mécanisme psychique d'annulation rétroactive rencontré dans les structures annales

Comment comprendre les dénis partiels par rapport au déni complet ? Pourquoi le biologique s'impose-t-il vers le - 6ème mois dans le déni partiel et n'y arrive t il pas dans le déni total ?

Y a-t-il une explication logique pour différencier les deux types de femmes et comment introduire le phénomène du déni partiel ?

Pourquoi la chute du déni partiel entre 5-7 mois ? Nous considérons que c'est la période où le fœtus est viable et autonome, qu'il est fonctionnel et devient autre dans le sein maternel et donc différent.

Dans le déni partiel, ce fœtus fonctionnel peut être considéré comme un corps étranger et induire des sensations proprioceptives auprès de la mère. Ces sensations attendent que la science les reconnaisse et les nomme comme signes de grossesse pour que le

processus soit authentifié et montré à l'environnement ! Mais pourquoi chez certaines femmes et non pas chez les autres ? Sous suggérons que d'emblée certaines femmes dans l'échafaudage de la construction de leur position subjective ne vont pas aboutir à une obsessionalisation complète mais partielle ainsi qu'une structuration autistique partielle. Ce sont chez elles que l'on retrouvera ce déni partiel.

Dans le déni total le fœtus reste psychologiquement du même genre que la mère pendant que dans le déni partiel le fœtus bien que du même genre devient un vis-à-vis.7

Déni total : autisme et névrose obsessionnelle.

Déni partiel : exhibition et TOC.

La classification analytique nous donne des éléments pour prendre en compte les dénis de grossesse. Une femme ayant fait un déni, est susceptible d'en refaire pour les dénis partiels comme totaux.

Dans les dénis partiels, il n'existe pas de volonté soit du côté de la femme ni un hasard heureux pour décider de l'arrêt du déni. Dans les dénis partiels, le corps, le biologique s'imposent au psychisme par le biais soit des douleurs soit des saignements. Si le corps médical ne répond pas, c'est l'avortement précoce ou tardif. Sans corps médical il n'y aurait pas de déni partiel mais tout au moins ou plus des accouchements soient dit prématurés avec des enfants à terme si en cours de route la femme s'est rendu compte de sa grossesse.

Dans les dénis partiels, en s'invitant, le corps médical doit assurer plusieurs rôles ; annoncer la gestation, c'est surtout expliquer à la mère qu'un enfant est entrain de prendre corps en elle, et l'aider à retenir cet enfant qui ne pense qu'à « filer ». Un travail doit donc être fait qui sera d'appendre à la future maman à entrer en contact avec son fœtus, à imaginer une différentiation difficile pour ces positions subjectives et enfin d'accepter de considérer cet autre comme non parfait.

Dans le déni total, le corps médical arrive à la fin de la première partie de l'aventure. Mais ce sera un symptôme à prendre en compte pour éviter un deuxième déni. Malgré la relation mère enfant qui semblera satisfaisante, il faut aider la mère qui a du mal à s'imaginer un corps, qui ne se pense qu'esprit. Parce qu'ayant du mal à s'imaginer corps, elle aura du mal à être épouse de son compagnon, du mal à parler et à parler d'elle et ses sentiments.

---

[7] Nous soulignons que ce n'est pas une question de hasard, mais un problème de spécificité de positions subjectives. Lorsqu'une femme est sujette à des dénis partiels de grossesse, elle ne peut pas après faire un déni total. C'est une hypothèse que les travaux épidémiologiques auront à vérifier.
Note de l'éditeur : Des cas où un déni total succède à des dénis partiels nous sont maintenant bien connus.

Si pour ces positions subjectives le sujet à du mal à parler à l'autre, quel rôle pour le conjoint ? Question qui revient souvent lors des accidents ayant entraîné la mort du nourrisson ? En général, le conjoint choisi est un conjoint avec qui il y a peu de problème de corps et de parole. Nous pourrons alors l'imaginer comme un « frère structurel ». Et qui plus est, n'est pas conscient de la réalité physique. Il ne voit pas la grossesse ! Ce ne sera sûrement pas un phobique qui a grand besoin d'un objet contra phobique ou fétiche. Ce ne sera pas un obsessionnel qui souhaite parfaire l'autre et va rapidement voir ses défauts. Ce n'est pas non plus l'hystérique, homme qui cherche à partager son phallus. Il ne nous reste que le sous-groupe des PHC8, structure pour qui le symbole peut être dissocié du corps physique et qui devient lui-même réalité. La grossesse n'a pas besoin d'être sur le corps de la femme, pour exister. C'est le groupe où l'on rencontre les scientifiques ou des personnalités très occupées par d'autres questionnements moins rationnels. En effet ils n'ont vraiment pas vu ! La naissance d'un enfant n'est pas évidente, il faut aider l'enfant à naître !

Dans les dénis partiels, les risques d'avortements spontanés sont aussi du fait des pathologies fœtales, c'est pour cela que ces grossesses doivent être suivies. C'est comme si dans les dénis totaux, et à terme, l'enfant a réussi un développement physique satisfaisant, mais comme pour toute grossesse, on peut aussi avoir les pathologies du troisième trimestre de type éclampsie, entraînant l'accouchement prématuré et la mort du nouveau-né sans l'intention de donner la mort.

Dans le déni total le fœtus fait un avec la mère qui ne le ressent pas. L'accouchement, l'expulsion de cet enfant entraîne un moment de dissociation et ou de morcellement. L'enfant devrait rester à l'intérieur. La femme vit comme une perte des limites en dedans, une sorte de bouffée délirante avec sensation de persécution ambiante généralisée qui ne peut s'arrêter qu'avec la disparition de cette excroissance corporelle qui s'impose et qui persécute. Et comme pour la bouffée délirante, les limites remis, on retrouve une sorte d'amnésie que l'on ne retrouve pas toujours chez les schizophrènes. Elles ne savent pas vraiment ce qui s'est passé, d'où les versions différentes et souvent rocambolesques qu'elles puisent dans d'autres faits divers et les légendes en cours sur le déni de grossesse.(…)

[8] PHC, Psychose hallucinatoire chronique. Nous utilisons les mêmes termes pour désigner les groupes des positions subjectives et les pathologies psychiatriques aiguës qu'ils produisent lors d'un moment aigu dans leur parcours.

Conclusion

Devant le phénomène complexe qu'est la grossesse, nous souhaitons apporter notre contribution à travers cette fable anthropologique.

La cartographie des positions subjectives que nous avons évoquée, n'a pas pour but d'enfermer les sujets mais de souligner la diversité et la pluralité qui ne sont que des prémices d'une tolérance primordiale. S'il est vérifié qu'il existe des positions subjectives spécifiques pour les dénis de grossesse ou des grossesses nerveuses, cela ne devrait en rien les enfermer. Cela ne souligne que la légitimé de ces structures, leur échafaudage et ainsi des points, des nœuds spécifiques à travailler pour aider les personnes à rendre plus souples ces liens qui font mal. 9

Chaque position subjective dit notre façon d'être au monde, notre relation à l'autre et notre mode de relation à nous même. Ce que nous attendons d'un homme et d'un enfant si nous sommes une femme et comment nous porterons un enfant dans nous.

La grossesse dans la vie d'une femme c'est donner naissance à un enfant et aussi donner un fils, un nom à un père. Dans ce double enfantement du sujet, on peut rencontrer des écueils dans l'étape de la création : je ne suis pas enceinte, le temps est immuable et ne s'écoule pas. Et dans l'étape de la castration, de l'altérité, je ne suis pas femme, je ne désire pas.

Les écueils se rencontrent en général dans les positions subjectives singulières avec d'un côté, idéal de vie, altruisme, psychorigidité et de l'autre, dépendance et ou soumission familiale, de son concept et place importante de la grand-mère maternelle.

[9] Nous savons que pour le moment la communauté scientifique pense qu'il n'existe pas un type particulier de femmes qui feront des dénis de grossesse. Cette affirmation vient du fait que les classifications ou les tentatives de classification ont mauvaise presse sans compter que toutes tentatives de classification risquent de rentrer dans le conflit entre neurobiologie-cognitivisme et psychanalyse. La classification est nécessaire pour la compréhension et ne doit pas être prise en otage dans ces luttes d'influence. C'est pourquoi nous osons en proposant une classification analytique !

Déni de grossesse et transgénérationnel : la part des ancêtres

Elisabeth DARCHIS
Psychologue clinicienne
SFTFP
Bois Colombe

Les médias et le grand public utilisent souvent un vocabulaire inadéquat en rassemblant sous le mot « déni de grossesse » beaucoup de situations de grossesse cachées, non suivies, écartés ou déniées, alors qu'en fait les organisations défensives sont très diverses. Elles peuvent être décrites sous trois grandes catégories. Nous allons tenter de les différencier pour repérer le véritable déni de grossesse. Puis nous chercherons à comprendre ensuite les origines de cette organisation psychique qui a ses racines dans l'histoire familiale.

Les grossesses cachées : une grande solitude

La grossesse cachée s'observe chez des femmes redoutant d'annoncer à l'entourage leur état qui les préoccupe au plus au point et souvent de façon permanente. La solitude est grande et certaines qui ont gardé le silence parfois jusqu'à la fin de la grossesse, se disent avoir été obsédé au quotidien par la situation, en espérant régulièrement trouver une solution pour se débarrasser du fruit de l'accouchement : espoir de fausse couche ou d'anomalie du bébé conduisant à son décès, par exemple. Elles imaginent des scénarii pour écarter l'événement naissance : comme partir quelques temps et abandonner le bébé. Elles se cachent en portant des vêtements amples et sombres… Bien souvent, le bébé n'est pas investi et il est pensé en terme d'objet ou de chose monstrueuse et encombrante… Le travail psychique nécessaire pendant la grossesse pour se construire parent est difficile. La régression est souvent absente et la parentalité ne peut se mettre en place. La crise psychique prend une forme particulière de retrait avec un changement de la personnalité. La femme tente de faire bonne figure devant l'entourage en taisant ses angoisses : « Non tout va bien, Non je ne suis pas enceinte, mais je suis un peu ballonnée et j'ai un petit surpoids, faute de régime... »

Elle essaie de montrer une attitude qui fait « comme si rien n'était », et elle se sent en dehors de la vie normale. Souvent profondément déprimée, elle fonctionne dans une lutte quotidienne et incessante pour ne pas exposer sa tristesse, ses angoisses ou ses inattentions. Elle a la sensation de vivre un dédoublement entre ce qu'elle cache et ce qu'elle montre. Cette dissimulation au quotidien de la grossesse peut survenir aussi après une dénégation ou un déni de grossesse. Il s'agit souvent d'adolescentes.

Ainsi, Melle D., 17 ans, dont la mère est décédée quelques années auparavant, cache sa grossesse à son père et à ses deux petits frères. Son angoisse et sa solitude sont bien grandes depuis l'absence de ses règles, qui l'amène à réaliser progressivement cette grossesse dont elle va redouter chaque jour l'issue. Elle a réussi à cacher jusqu'à la fin son état, mais le jour de l'accouchement, elle reste des heures dans les toilettes en expulsant le bébé. C'est une tante appelée à la rescousse qui permet à la jeune fille d'ouvrir la porte. Mais ce n'est que les pompiers qui vont retirer le nouveau-né, noyé depuis un moment, tête première dans la cuvette des WC. La justice va parler d'infanticide avec non assistance de la famille. Mais ce bébé est-il vraiment né pour cette famille sidérée et non préparée à l'évènement ? La grossesse était bien repérée par la jeune femme, mais le bébé n'était pas investi comme sujet. C'est par la suite qu'elle réalisera avec une massive culpabilité.

Dans une autre situation, Mme F a déjà deux enfants. Le deuxième n'était pas désiré par le couple et le mari a battu violemment sa femme en l'accusant de lui faire un enfant dans le dos. L'arrivée d'une troisième grossesse, que Mme F réalise au quatrième mois, la conduit à chercher une solution à laquelle elle avait déjà un peu pensé pour le deuxième : confier dans le secret cet enfant à l'adoption. M. F a un travail qui le conduit souvent en voyage en Europe et il est souvent absent à la maison. Mme F, un peu forte par son surpoids, pourra cacher sa grossesse jusqu'à terme et viendra accoucher sous X sans avoir été suivie pendant la grossesse. Elle restera hospitalisée 48 heures en confiant les aînés à la voisine. Son mari qui rentre le lendemain la découvre à la maternité et Mme F lui annoncera une fausse couche, alors même que le beau bébé est à côté de la chambre dans la petite crèche… Le deuxième temps de cette gestation est une véritable grossesse cachée dans la solitude depuis le quatrième mois.

Il y a d'autres variantes dans les grossesses cachées, comme cette jeune fille qui redoutait d'être mise à la porte de chez ses parents depuis l'unique rapport sexuel, fécondant. La religion familiale la conduirait pensait-elle à être reniée par la famille, voire tuée comme cela se pratiquait autrefois chez elle, en cas de déshonneur des siens. Lorsque ces jeunes femmes peuvent parler au compagnon, à une amie, au médecin, à l'infirmière du lycée ou à des professionnels de la

périnatalité en maternité, elles se disent grandement soulagées. Des solutions plus concrètes sont étudiées, soit l'IVG, le foyer, ou l'aide pour communiquer avec la famille, mais aussi le fait de pouvoir confier l'enfant à l'adoption. Ces grossesses là, ne sont pas donc pas toujours cachées pour tout le monde et peuvent souvent vers la fin de la gestation bénéficier d'un suivi de grossesse et surtout d'un soutien psychologique qui conduit à des élaborations, des grandissements et des choix plus mûrs écartant les passages à l'acte insensés que l'on retrouve fréquemment autour de ces naissances.

Enfin, d'autres grossesses peuvent aussi être cachées alors même qu'elles sont investies, comme chez ce jeune couple de 18 ans tout amoureux, qui cachait jusqu'au troisième trimestre la grossesse pour ne pas être incités à l'avortement par les parents. Ils ont gardé ce bébé malgré leurs situations de dépendance et par la suite les deux familles les ont aidés malgré leurs propres difficultés.

La dénégation de la grossesse : la « politique de l'autruche »

Contrairement à la « grossesse cachée », la négation de la grossesse ou « politique de l'autruche » (E Darchis, 2002) mobilise des défenses particulières, notamment la dénégation. À la différence du déni de grossesse, la dénégation de la grossesse est un mécanisme de défense mis en place par la psyché où les faits d'être enceinte ou de devenir parent sont psychiquement perçus mais évités et écartés, connus mais reniés, avec un travail de la pensée qui mobilise le refoulement. Le bébé qui se développe en soi est un passager qu'on tente d'oublier pour pouvoir survivre psychiquement.

La dénégation est un refus conscient de la perception de cette réalité entrevue. C'est un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ces désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent 1» La femme qui ne peut pas faire avec cette réalité, tente de démentir son état subodoré : « Non je ne peux pas penser que je suis enceinte. Je le sais mais je préfère penser que je me suis trompée » Quelque part elle admet sa grossesse et en a connaissance psychiquement, mais refuse de faire avec. Cet évènement angoissant est souvent ingérable quand la levée du refoulement le fait de temps en temps réapparaître.

C'est le cas de Melle H, 20 ans, qui a eu une aventure avec un homme de passage. Cette jeune femme témoigne de ce fonctionnement défensif dans son discours : « Je ne pouvais pas réaliser que j'étais vraiment enceinte ; avoir un bébé appartenait à mes parents ; je me sentais trop jeune et quand j'y pensais cela me semblait incroyable ; ça me faisait peur et je me disais que cela ne

---

[1] Vocabulaire de la psychanalyse Laplanche et Pontalis

pouvait avoir lieu ; cela allait s'arranger tout seul ; alors je n'y pensais plus et j'oubliais plusieurs semaines comme si je n'avais plus ce problème. D'ailleurs quand j'y repensais, je me demandais à nouveau si vraiment j'étais enceinte ; je m'effrayais en calculant que mes règles n'étaient pas là depuis plusieurs mois et que j'avais les seins gonflés avec mon ventre qui s'arrondissait un peu… Mais peut être, que je me trompais aussi. Ca pouvait être un dérèglement passager de mon corps. Dans les derniers temps j'y pensais de plus en plus, mais sur plusieurs jours j'oubliais quand même. Je me persuadais aussi que cela partirait magiquement, comme un cauchemar. Le lendemain on se réveille et c'est terminé… Comment ? Je ne sais pas très bien. Peut être ai-je pensé à la fausse couche ou bien je pensais qu'il ne servait à rien de s'angoisser car que je m'étais trompée… » C'est en fin de grossesse que Melle H viendra à la maternité poussée par une amie a qui elle a dit ses doutes. Elle confiera son bébé à l'adoption et pourra reparler de son comportement d'évitement qu'elle avait mobilisé pour survivre psychiquement.

Cette politique de l'autruche peut être utilisée à certains moments de la grossesse, notamment au début. Le corps se plie un peu au refoulement et ne déploie pas trop le volume du ventre. Mais le corps rappelle la situation provoquant des angoisses dans la perception de l'état de grossesse. Alors à nouveau la femme recourt à la dénégation : « Non, ce n'est pas possible, je ne veux plus y penser ».

Le déni de la grossesse : un blanc de la réalité

Dans le déni de grossesse, la situation est totalement méconnue et cela témoigne d'un mécanisme de défense inconscient plus archaïque mis en place par la psyché. Le fait d'être enceinte et celui de devenir parent sont inconcevables ou impensables. Ne pas réaliser, ni percevoir un seul instant sa grossesse, pendant plusieurs mois, est un « déni de grossesse », contrairement à la « grossesse cachée » où l'on connaît très bien la situation que l'on cache à l'entourage ou différemment encore de la politique de l'autruche où l'on se cache à soi-même dans une dénégation.

Le déni est un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante… » 2 Le déni de grossesse est l'organisation extrême d'une impossible adoption de la situation. Le bébé se développe en secret avec une psyché maternelle qui ne peut rien savoir de l'autre familial, de l'effroyable groupalité qui souterrainement fait son office biologiquement. Le déni de grossesse est certainement un refus de la fusion et un impossible retour vers la psyché première de « l'appareil

[2] Vocabulaire de la psychanalyse Laplanche et Pontalis

psychique familial » (Ruffiot A. 1981) où l'on était confondu avec l'autre, avant l'ancrage corporel et l'individuation. Généralement, c'est le groupe familial qui est l'instigateur inconscient du déni : ne pas bouger générationnellement, ne pas savoir ancestralement, pour ne pas réveiller une situation douloureuse ou insurmontable d'autrefois. Dans cette maladie groupale contagieuse, la psyché familiale ne donne pas la permission de pousser d'un cran les générations ou d'enterrer progressivement un passé pour construire de l'avenir. Bien souvent il existe un mode de fonctionnement particulier dans ces familles : des clivages, des secrets ou de la honte et des déchirures, des deuils non faits ou des traumatismes non élaborés. Les défenses familiales semblent organiser un morceau de la psyché du sujet qui fonctionne avec ces mécanismes archaïques.

La découverte et l'annonce tardive, pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, est souvent un choc traumatique au sens de l'effraction psychique, avec la menace inhérente d'effondrement. La révélation se fait souvent dans la sidération et l'incrédulité ou bien encore, dans la stupeur, le chaos ou la déréalisation. Ce peut être pour la future mère un véritable cataclysme ou le début d'une « grande tempête psychique ».

Ces sujets peuvent être des sujets bien résilients avec des intérêts de vie très riches où le choix de ne pas faire d'enfant est énoncé souvent consciemment. Il semble qu'une partie de la psyché est immobilisée et il existe « un blanc » dans l'histoire générationnelle des ces sujets. Ou bien, ce sont encore des femmes dont la psyché est fragilisée en totalité par un matériel ancestral non élaboré qui désorganise le sujet dans son fonctionnement psychique conduisant à une organisation pathologique grave.

Suite au déni de la grossesse, certaines mères soutenues par la famille adoptent très vite le bébé. Le lien confusionnel avec le bébé peut présenter un trouble de la filiation qu'il faut accompagner. D'autres présentent des difficultés dans l'attachement. Dans un lien d'indifférence ou une indisponibilité affective parentale, le bébé peut rester longtemps comme un petit étranger. La relation parent-bébé s'organise dans ce que j'ai déjà décrit de la mise en place d'un lien blanc : « Quand mes enfants ne sont pas sous mes yeux, c'est comme s'ils n'existaient plus », «C'est seulement quand mon enfant m'a appelé maman, vers un an, que j'ai vraiment pris conscience d'être mère », nous relate une femme qui a eu du mal à « adopter » son bébé après un déni de grossesse. Certaines mères regardent sans fin leur enfant, avec étonnement, sans croire à sa réalité : « Ce n'est pas mon histoire ». A la naissance de l'enfant, l'impossible adoption peut aussi conduire, vers des sentiments d'étrangeté, d'angoisse ou d'effroi ou vers des désorganisations psychiques délirantes. Le bébé est inconnu, bizarre et irréel. Ce sont de véritables cauchemars : « Quand c'est sorti j'ai vraiment cru que c'était un extra

terrestre ». Les traumatismes dans l'histoire des parents et des familles provoquent ce retour d'images terrorisantes ou intolérables

Une jeune femme de 20 ans, très catholique, est venue en France il y a quelques mois pour faire des études de puéricultrice. Elle vient de son pays de l'Est où dans sa famille, il est impensable de « coucher » avant le mariage. Mais elle-même, dira avoir « fauté » une fois avec son fiancé. Ce jeune homme va malheureusement mourir dans un accident de voiture quelques semaines avant le mariage. La douleur du deuil, la faute et les organisations familiales défensives, font que cette jeune femme fuit son pays et tente de s'absenter de sa souffrance. Elle fait un déni de grossesse jusqu'au terme. Ses règles sont régulières et dernièrement elle fait du sport de façon intensive pour éliminer un petit surpoids qu'elle pense issue de sa dépression. Mais un jour des maux de ventre la saisissent chez elle et elle se précipite dans sa baignoire quand elle perd les eaux. En apercevant un pied qui sort du vagin, elle va comprendre dans la stupéfaction qu'elle était enceinte. Elle relie de suite ce bébé à son homme absent maintenant. Transportée par les pompiers à la maternité, elle aura une adoption rapide de ce bébé, mais au début il ne semble pas accepté pour lui-même. Il est celui qui permet d'annuler ce deuil impossible dans un remplacement et toute la famille montrera de la joie. Un accompagnement thérapeutique sera nécessaire pour que cette mère puisse rencontrer ce bébé dans sa réalité.

Un déni de grossesse dans une histoire familiale figée

Nous allons illustrer le déni de grossesse et ses origines, par une dernière vignette clinique3, dont je vais développer quelques aspects. Un couple a décidé de se séparer, il y a quelques mois et la jeune femme est persuadée que le médecin se trompe lorsqu'il lui annonce qu'elle est enceinte alors qu'elle n'a plus de rapports sexuels depuis plusieurs mois. Le test confirmant la grossesse, puis l'échographie constatant plus de 6 mois de gestation, Claire est sidérée et plonge vers l'incompréhension, l'effroi et la panique. Après ce « déni de grossesse », Claire va accoucher en confiant son bébé sous X. Un travail de thérapie psychanalytique prenant en compte plusieurs générations, permettra notamment, la réadoption de ce bébé et la construction progressive d'une famille.

Au cours de ce travail, nous avons fait l'hypothèse que le groupe familial de Claire s'est organisé inconsciemment dans un ordre

---

[3] Thérapie menée par E. Darchis avec une co-thérapeute en observation : D. Borcier Galan, (cf. Mémoire de master II 2006 – « Voyage au centre de la mère » sous la direction de Drina Candilis - Paris VII)

figé pathologique, pour ne pas faire ressurgir le matériel trangénérationnel concernant des angoisses de mort et de séparation. Les parents de la jeune mère, ont en effet perdu une fille avant la naissance de leurs jumelles : Claire et Sandra. Après ce drame, la famille tentait d'éviter tout remaniement et toute mutation pour clore la filiation et éviter ainsi le retour du traumatisme. Et les jumelles à 32 ans ne souhaitaient toujours pas d'enfant dans leur vie. Claire porte le prénom de sa sœur aînée morte avant sa naissance et dans la famille on ne parlait jamais de cette disparition, sauf dans des phrases ambiguës comme celle de la mère « finalement j'ai mes deux grossesses et mes deux filles ».

La grossesse gémellaire de remplacement, fait ici disparaître la perte du premier enfant qui est nié. Dans un mécanisme d'inclusion, le corps de l'enfant vivante sert de crypte au souvenir traumatique. N. Abraham et M. Torok (1978) nous montre que cette « identification endocryptique » consiste « à échanger sa propre identité contre une identification à la vie d'outre tombe de l'objet ». Claire comprendra progressivement cette confusion et elle va recourir au stratagème de se nommer pendant la thérapie : Claire II. Mais existe-t-elle vraiment pour donner la vie, elle qui à la charge de faire survivre une morte et soigner la famille ? Comment s'identifier à une mère qui donne existence à un enfant mort, à un enfant double soumis aux attentes d'autrui et obligée de réparation dans la famille ?

La mère de Claire, est dépressive et endeuillée. Et son père, complice muet ou bien instigateur inconscient du silence, respecte l'escamotage de l'enfant mort pour ne pas remuer le souvenir tragique dont on n'a jamais évoqué les causes avec les jumelles. Il est, en difficulté dans sa place générationnelle et les jumelles l'appellent par son prénom. Par à coup, trop proche de ses filles, il exclut la mère alors jalouse et dépossédée dans l'inversion générationnelle.

Dans cette famille, il y a aussi en amont des secrets honteux, des ruptures vitales et des exclusions déchirantes qui entravent la construction d'une nouvelle lignée. Le clivage entre le mauvais à cacher et l'image idéale de réussite à montrer, sert d'étayage à la famille de Claire. Ce faux self familial écarte des membres de la famille grand-maternelle et c'est la honte qui alimente le fonctionnement familial. Le danger dit S. Tisseron (2006) est que l'enfant à son tour « soit tenté d'avoir lui-même des comportements honteux comme une manière de retrouver à l'intérieur de lui cette figure parentale honnie et de communier avec elle »

Chaque génération dévouée semble se préoccuper de la précédente plutôt que de la suivante, dans une parentalisation des enfants qui freine aussi les projets de descendance. A 32 ans, les jumelles n'ont pas d'avenir sauf à s'amuser au jour le jour et à briller dans leurs carrières professionnelles, seule issue possible à la dépression fondamentale de la famille.

Claire a rencontré Claude, un gentil compagnon d'origine étrangère qui l'a aidée au sortir de dépression : Mais l'avenir était inenvisageable avec cet homme de condition modeste et plus jeune qu'elle. Leur niveau culturel et leurs intérêts différenciaient grandement, et Claire ressent cette relation comme déshonorante. Elle l'a cachée à ses parents pour ne pas subir de réprobation : « Elle a honte de moi devant sa famille » souligne Claude qui nous décrira l'attitude dure et dévalorisante de Claire. A l'écho des fonctionnements de Claire qui se préoccupe exclusivement de l'autre dans une inversion générationnelle, Claude vit dans le projet de pourvoir aux besoins de sa famille déprimée et restée dans le pays d'origine. Mais a-t-il une place pour envisager de construire sa propre famille ? Des identifications à un père alcoolisé et à une mère déprimée lui barrent aussi la route vers la parentalité.

Dans ce couple un lien paradoxal est à l'œuvre. Comme le souligne A. Eiguer (2001) « L'enchevêtrement de cryptes ancestrales forme le lien conjugal, dans une complémentarité entre les représentations ancestrales » de chacun. « L'entrecroisement de tendances », avec ce qui est à la fois « le plus éloigné de soi même, le dissemblable, le discordant » et à la fois « le plus proche, le semblable et le concordant », forme une opposition qui entraîne l'attraction et la répulsion dans ce couple paradoxal. Une familiarité inconsciente dans les traumatismes ancestraux les réunit dans des analogies impressionnantes (solitude, parentalisation, sacrifice, réparation des traumatismes familiaux, honte et secrets, négation de leurs propres besoins…) et c'est paradoxalement, ce qui les sépare aussi.

Par la suite, la part ancestrale issue des familles réciproques qui attache profondément ces deux êtres, prendra sens pour eux dans les ressemblances qui les réunissent et les divisent à la fois. L'autre est du même, mais aussi une part de soi que l'on réfute. Se quitter est difficile mais rester ensemble confronte à la perte des illusions et à la possible réactivation des traumatismes de séparation. Claire avait bien tenté de rompre avec cette relation qui lui semblait une faiblesse de sa part et une aventure qui n'aurait jamais du exister. Pourtant, c'est encore Claude qu'elle appelle au secours quand elle se sent seule ou qu'elle a besoin d'aide.

Claire avait des règles et le bébé grossissait à son insu. « Enlevez-moi ça ! » demande Claire effrayée en réalisant sa grossesse après le déni. Effondrée et terrorisée, elle se sent dans une impasse. Un seul dénouement va paraître possible : l'accouchement sous X. Cette éventuelle issue la soulage un peu, mais ne lui enlève pas la frayeur de devoir accoucher : « Je ne m'y vois pas, c'est horrible ». Cette simple évocation semble la mettre dans un état quasi hallucinatoire, un « état de traumatose psychique » au sens du concept d'A. Carel (1997). C'est en fait l'impossibilité de faire groupe

avec son bébé dans un projet de naissance qui s'actualise. Plonger dans « cette foule à deux » lui rappellerait trop ses origines avec sa propre naissance interdite. Faire advenir un soi ou un nouveau groupe pourrait faire mourir psychiquement un autre enfant, ou sa mère, ou bien encore désorganiser la défense groupale de la famille qui ne peut affronter les traumatismes anciens. Toute naissance est pour cette famille une mort annoncée d'un drame qui a déjà eu lieu.

Avec le projet d'une mise à l'écart du bébé né sous X, Claire veut continuer à faire disparaître un enfant dans le prolongement du déni familial qui ne peut faire qu'un enfant dénié ou ensuite secret. Par la suite, Claire souhaite aussi comme achèvement, un enfant mort avec des malformations, images qui traverseront également ses cauchemars violents et angoissants. Ces représentations sont en fait la réalisation du groupe familial : un enfant doit s'effacer ou mourir pour en faire survivre un autre ancestral. Il semble impossible d'en parler à sa sœur ou à ses parents. Elle informera néanmoins le père de l'enfant, mais en lui annonçant fermement son choix de confier le bébé sous X. Tout ce qui représente un nouveau groupe familial est écarté avec terreur. Il doit rester secret pour ne pas rompre les alliances inconscientes et le lien familial. Le premier temps de la thérapie va offrir un lieu de soutien et de contenance où Claire enceinte d'une groupalité impossible, va se déposer et s'accrocher plusieurs semaines: « Je vis au jour le jour, j'évite de penser, j'attends nos rencontres que j'espère impatiemment ; entre les deux je reste repliée chez moi pendant des jours sans parler… Sans ces entretiens je ne serais plus là… » « Quelle est ma vie propre, sinon celle des autres, fade et superficielle ? »

La grossesse la propulse vers ses origines et Claire fera des liens sur les modes de fonctionnement qui lui ont été transmis inconsciemment : secret, déni, sacrifice, don, idéalisation… Elle prend conscience des tabous et des silences répétés, comme de la solitude extrême dans laquelle ses parents l'ont souvent laissée. L'absence de parole organisait une transmission de faits non-dits et de choses non-digérées, d'éléments bruts non élaborées ; les générations précédentes n'avaient pas payé leur dû au moment des passages et c'est la génération suivante qui portait la charge non-traitée, non-acquittée La descendance était interdite de création pour son propre mythe, interdite de procréation d'un nouveau groupe familial, car elle renvoyait « à une préhistoire indéchiffrable, les aliénant aux générations précédentes » (E Granjon). Dans un premier temps, le bébé ne peut exister qu'en terme de perte, de double de l'enfant mort, car la part des ancêtres refuse le bébé suivant pour ne pas déloger le bébé ancien.

Avec le voyage régressif thérapeutique, elle va réaliser l'absence de préoccupation parentale de sa famille envers ses propres besoins et son désir va naître. Mais quand elle imagine au

début un avenir avec l'enfant, c'est un « véritable gouffre » qui s'ouvre encore devant elle et elle « a peur de se jeter dans le vide » de cette grande aventure «vers un monde inconnu ». Ouvrir un maillon générationnel ouvre notamment sur un tombeau et elle fait le lien avec ses états de vide, sa dépression et ses envies de mourir. Son ambivalence sera grande avant de « franchir le dernier pas ». Elle fera un long chemin qui la conduira à réadopter son enfant.

Auparavant, étrangère à elle-même, elle ne pouvait advenir à une auto-parentalité pour s'occuper d'abord d'elle-même. Dans sa parentalité confuse face au bébé, elle était une mère-bébé-fantôme, présente et absente tout à la fois, chargée d'immobiliser le temps et le secret familial. En allant douloureusement vers les origines familiales, elle va progressivement penser la différenciation des générations. Elle commence à construire sa propre vie et elle se sent changée et différente psychiquement. Les entretiens en présence du bébé la construiront doucement comme mère. Elle regardera son compagnon comme un possible père.

Le télescopage des générations est aussi au travail dans la « grand-parentalité confuse » : « C'est vraiment drôle comment les choses se reconduisent » dira la grand-mère.« Vous avez eu une sœur avant, qui s'appelait aussi Claire, et c'est étonnant car elle se frottait aussi les oreilles avant de mourir, comme bébé le fait en ce moment. Elle est morte à 3 mois d'une grave fièvre. C'est le même jour que tu as récupéré Axel. Tous les deux sont nés le même mois »

Pour Claire et Claude, la part des ancêtres interdisait la mise au monde d'un enfant et entravait la construction d'un nouveau groupe, car ces naissances menaçaient l'organisation défensive du groupe ancestral. Et tout à la fois, cette advenue était un mécanisme de survie pour tenter de trouver un chemin identitaire et constructif d'une nouvelle groupalité. Le travail de la thérapie familiale psychanalytique, semblait impossible au départ, car la mise en groupe rompait le contrat avec les anciens. La femme enceinte dans le déni et le clivage refusait cette mise au travail vers le retour aux origines et excluait le père, mais la contenance thérapeutique a pu offrir progressivement une matrice groupale pour remettre au travail les héritages ancêtres.

Conclusion sur la part des ancêtres dans le devenir parent

Lorsque la part des ancêtres comporte des traumatismes insuffisamment élaborés dans les générations ascendantes, le travail psychique de la grossesse ne peut se mettre en place. Revisiter le groupe d'autrefois pour se construire parent est impossible en raison de l'organisation défensive du groupe familial. C'est l'inconscient collectif familial qui ne donne pas la permission ou le consentement

psychique pour remanier le groupe d'origine dans la construction d'un nouveau maillon générationnel. Les antécédents traumatiques de l'héritage psychique générationnel et infantile, entravent la reprise du matériel familial pendant la gestation, car les membres de ces familles sont assignés à des places particulières dans l'ordre ancestral. Parfois ce mouvement est si menaçant qu'il en est barré ou figé pour ne pas réveiller des effrois familiaux : « Il ne faut rien secouer chez nous » dit une patiente suite à un déni de grossesse. Le patient a souvent la charge inconsciente d'immobiliser le temps ou d'interrompre la succession des générations pour ne pas bousculer la souffrance ancienne. Le futur parent se défend contre le surgissement d'un matériel ancestral qui pourrait faire resurgir des traumatismes non élaborés dans un après coup et il utilise des mécanismes de défenses comme le déni ou la dénégation. Il ne peut pas se construire parent, ni construire une nouvelle famille dans la différence des générations. Chez ces sujets assujettis à des obligations ancestrales, bien souvent, l'adoption psychique du bébé est difficile après la naissance, voire interdite, avec ses mises en acte insensées, comme l'infanticide. Tout cela peut conduire à l'extinction des lignées descendantes. Lorsque la famille ne peut pas naître, le travail d'élaboration psychique, quand il est possible en fin de grossesse ou dans les jours qui suivent l'accouchement, réalise une véritable prévention dans cette période périnatale, en ce sens qu'il accompagne la levée des dénis et la mise en route de la crise de croissance maturative, vers un choix de parentalité accepté ou refusé en connaissance de cause et non dans les passages à l'acte.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ABRAHAM N.,TOROK M., 1978, L'écorce et le noyau, Champs Flammarion, 1987 Paris

CAREL A., 1997 L'après coup en périnatalité in Le générationnel Dunod

DARCHIS E., 2006, « Crises et réaménagements en périnatalité » in Decherf G., Darchis E., Les crises familiales In press

DARCHIS E., 2000.« L'instauration de la parentalité et ses avatars » in le Divan familial N°5, Les blessures de filiati on, Paris, In Press.

DARCHIS E., 2002. Ce bébé qui change votre vie, Edition Fleurus, Paris

DARCHIS E., 2007 Déni de grossesse et part des ancêtres in Le Divan Familial N°18

DECHERF G. DARCHIS E., 2000, « La fonction paternelle- Télémaque à la recherche du père » Rivage N°19

DECHERF G. DARCHIS E. KNERA L., 2008, Souffrance dans la famille, In Press

EIGUER A. GRANJON E. LONCAN A., 2006, La part des ancêtres, Dunod

GRANJON E., 2006, « L'enveloppe généalogique familiale » in Les crises familiales de Decherf G., Darchis E., In press

RUFFIOT A., 1981 « Le groupe famille en analyse L'appareil psychique familial » in La thérapie familiale psychanalytique Dunod

NACHIN C, 1995, La crypte et le fantôme, Le psychisme a l'épreuve des générations, Dunod

TISSERON S., 2006 « Le drame d'Outreau » in Amour, Haine et Tyrannie familiale, de Decherf, Blanchard, Darchis, In press, Paris

Elisabeth Darchis
Psychologue clinicienne, thérapeute psychanalytique familial et de couple- Membre et Présidente de la STFPIF
0680629907 -10 Villa Mimosa 92270 Bois Colombes darchiselisabeth@orange.fr

Atelier 2

AUTOUR DES ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

Modératrice

Nathalie GOMEZ

Sociologue AFRDG

Déni de grossesse : entre criminalisation et légende urbaine

Christoph BREZINKA, Cornelia DANNER, Monika OBERLEITER, Andrea SCHMIEDHOFER, Wilfried BIEBL

Professeur à la maternité universitaire
Directeur de l'école de sages-femmes, Innsbrück
Univ. Klinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universitaet Innsbruck

Le phénomène qu'une femme se rend conte de sa grossesse seulement pendant l'accouchement est vu comme une histoire peu croyable ou comme le résultat d'une psychose grave qui mène au filicide si mère et enfant ne sont pas séparés. Entre 1987 et 2007, dans la région du Tyrol nous avons documentés 40 cas de déni de grossesse, dans lesquels la grossesse n'a été reconnue que quelques jours ou même heures avant la naissance du bébé. Un tiers de ces enfants étaient estimés prématurés par les pédiatres. L'âge des femmes variait entre 17 et 42 ans. Après des examens psychologiques, trois quarts des enfants pouvaient rester avec leurs mères. Dans un cas, l'enfant né ainsi fut tué par le partenaire de la mère (qui n'était pas le père biologique) cinq semaines après la rentrée de l'hôpital. Dans deux cas fut constaté une psychose schizophrénique et les enfants furent placés par les services sociaux. Dans six cas, les mères ont demandé qu'on procède à une adoption. Selon Wessel, qui a conduit une étude parallèle dans la région de Berlin, il y a un cas de déni de grossesse jusqu'à l'accouchement sur 2500 grossesses. Malgré les différences démographiques entre Tyrol et Berlin, nous pouvons confirmer ce chiffre de 1 sur 2500 cas. Par coïncidence, la relation de 1/2500 correspond aussi à l'incidence des cas d'éclampsie en Allemagne et en Autriche. Pendant que l'éclampsie est une entité médicale connue et résolue avec des protocoles de dépistage, de prévention et de traitement effectués sur toutes les grossesses, l'ampleur du phénomène du déni de grossesse reste mal comprise et mal appréciée par les professions médicales.

Une grossesse impossible : Réflexion diagnostique autour d'un cas ?

TRONCHE Anne-Marie*
VILLEMEYRE PLANE Michèle**
LLORCA Pierre-Michel***
* Interne en Psychiatrie
** Praticien Hospitalier
*** Professeur des universités Praticien Hospitalier
Centre Médico Psychologique B,
Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand,
France

Le déni de grossesse reste encore un trouble mal connu. Certaines situations peuvent être difficilement compréhensibles pour l'entourage, la population générale, mais aussi pour le milieu médical et judiciaire. Dans les cas les plus extrêmes, le déni peut conduire au décès de l'enfant à sa naissance. Le concept de déni de grossesse ne nous renseigne pas sur l'état psychique des mères au moment du meurtre et pose la question du degré de responsabilité pénale. La diversité des peines prononcées après jugement de ces femmes, de l'acquittement à l'emprisonnement à vie, est le reflet de ces difficultés d'analyse.

Nous souhaitons illustrer ce propos à travers le cas d'une jeune femme de 18 ans ayant commis un néonaticide. Après un déni de grossesse total, elle accouche seule à terme au domicile de ses parents et tue son enfant dans un accès de violence extrême. Elle a une amnésie complète de l'accouchement et du meurtre. Après son séjour en gynécologie, elle est orientée en psychiatrie pour surveillance d'un éventuel effondrement thymique et du risque suicidaire. Aucun élément en faveur d'un trouble psychiatrique avéré n'a été retrouvé au cours de l'hospitalisation et après deux ans de suivi ambulatoire.

A travers l'observation du cas de cette jeune femme, les hypothèses concernant l'état psychique au moment du passage à l'acte, seront discutées. Nous aborderons la possibilité de trouble psychiatrique psychotique bref, dissociatif (amnésie dissociative,

trouble dissociatif de l'identité, dépersonnalisation) ou d'un état de stress aigu et leurs implications médico-légales.

La prise en charge d'une jeune femme de 19 ans ayant commis un néonaticide dans un contexte de déni de grossesse nous a permis de nous interroger sur son état psychique au moment du passage à l'acte. Ces cas sont rares mais non isolés. Ils soulèvent de nombreuses questions quant au devenir de ses femmes en particulier au niveau pénal.

1. - Cas clinique

Anamnèse

Cette jeune femme « sans problèmes » est étudiante, bien intégrée socialement et sans problèmes familiaux majeurs. Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques. La grossesse a été découverte aux urgences gynécologiques où son médecin l'avait adressée pour suspicion de grossesse extra-utérine. Devant la délivrance d'un placenta correspondant à celui d'un nouveau-né à terme, l'entourage recherche l'enfant et le corps est retrouvé au domicile. Celui-ci est décédé par asphyxie dans le cadre d'une mort violente.

A l'hôpital, la jeune femme rapporte qu'elle « ne savait pas qu'elle était enceinte », qu'elle « ne comprend pas pourquoi des mesures judiciaires sont mises en place ». En effet, elle est mise en examen pour meurtre sur mineur de moins de 15 ans et encourt la réclusion à perpétuité. Après son séjour en gynécologie, sur avis du psychiatre de liaison de la maternité, elle est orientée en service de Psychiatrie adulte en alternative à l'incarcération sur décision du juge d'instruction pour une évaluation psychiatrique et la protection contre un éventuel geste suicidaire.

Evaluation clinique

Dans le service, nous accueillons une femme au physique d'une adolescente assez banale sans aucun stigmate de son accouchement récent (ventre plat, longiligne). Elle ne présente pas de symptomatologie délirante, dissociative ou thymique et ne rapporte pas d'idées suicidaires. Elle est restée asymptomatique durant l'hospitalisation sans arguments suffisants pour un trouble de la personnalité (axe II du DSM IV). Le diagnostic de déni de grossesse est retenu. En effet, la jeune femme n'avait pas conscience de sa grossesse. Elle n'avait aucun signe physique en dehors d'une prise de poids minime (4 kg). Ni elle ni l'entourage n'avaient connaissance de la grossesse, de toute façon, elle était « trop jeune », pour elle « il était impossible qu'elle soit enceinte ». En ce qui concerne le passage à l'acte, elle a une amnésie quasi-totale des faits : « Quand j'ai eu mal, j'ai compris ce qu'il se passait », « Je l'ai regardé, je l'ai mis dans

une serviette », « J'ai eu un appel de mon copain, je ne sais plus ce qu'on s'est dit ». Elle ne ressent aucune culpabilité et peu d'émotions par rapport aux faits qui lui sont rapportés. Elle ne peut donner d'explication à son geste, elle « le sait parce qu'on le lui a dit mais pour elle, ça ne lui est pas arrivé ».

2. - Discussion

Une histoire de rencontres

La prise en charge médicale et judiciaire de cette jeune femme découle avant tout d'une histoire de rencontres. La grossesse et le décès de l'enfant ont été découverts en milieu hospitalier. Dans ce contexte, le transfert en service de psychiatrie comme alternative à l'incarcération a été prononcé suite à un premier avis psychiatrique en gynécologie où a été posé le diagnostic de déni de grossesse. Après cette hospitalisation, sur décision de la juge d'instruction, elle a été orientée en foyer ANEF sous contrôle judiciaire avec obligation de soins. Nous voyons ici l'importance de la coordination entre le milieu médical et judiciaire. Par ailleurs, d'un point de vue pénal, la rencontre avec l'expert psychiatrique tient une place centrale dans la suite des procédures judiciaires, notamment pour ce qui est de la tenue ou non d'un procès.

Expertises psychiatriques

Une première expertise pose le diagnostic de déni de grossesse avec psychose puerpérale brève au moment des faits. Elle conclue à l'absence de trouble de la personnalité avéré mais à un fonctionnement immature et à une dépendance affective. Pour cet expert, la patiente est accessible à la sanction pénale mais l'état de conscience est altéré au moment de l'accouchement (article 122-1 du Code pénal) et elle a agit sous l'emprise d'une force à laquelle elle n'a pu résister (article 122-2 du Code pénal). Ainsi l'avis est en faveur d'une irresponsabilité pénale et préconise 5 ans de suivi psychiatrique.

Dans l'attente des conclusions du premier expert, un second avis a été demandé. Dans cette autre expertise, le déni est considéré comme un mécanisme de défense de névrose hystérique. Pour cet expert, la jeune femme est faiblement accessible à une sanction pénale et il n'y a pas de trouble psychique ou neuropsychique au moment des faits. Pour lui, elle présentait cependant une altération du discernement au moment des faits (article 122-1 du Code Pénal) mais elle n'a pas agi sous l'emprise d'une force à laquelle elle n'a pas pu résister. Ainsi la patiente est considérée comme pénalement responsable.

Devant la discordance des conclusions des deux expertises, un Collège d'experts a été mandaté. Ce troisième avis conclue à l'absence de trouble psychiatrique avec une personnalité immature caractérisée par un fonctionnement adolescent. Elle est accessible à une sanction pénale. Son geste correspond au prolongement du déni et constitue une altération du discernement avec réaction inadaptée (article 122-1 du Code Pénal) mais elle n'a pas agi sous l'emprise d'une force à laquelle elle n'a pas pu résister. Elle est donc pénalement responsable.

L'instruction est donc encore en cours deux ans et demi après les faits. Après son séjour en foyer ANEF, elle s'est installée seule en appartement et a continué ses études avec succés. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychologique. L'amnésie des faits persiste.

3. - Difficultés rencontrées

D'un point de vue médical, le cas de cette jeune femme reflète bien l'errance diagnostique qui entoure les cas de néonaticide avec déni de grossesse. En effet les expertises psychiatriques peuvent conclure au diagnostic de psychose puerpérale, de trouble dissociatif (amnésie dissociative, trouble de dépersonnalisation, trouble dissociatif de la personnalité), de trouble psychotique bref ou encore d'état de stress aigu. Le déni de grossesse n'est pas reconnu dans la nosologie actuelle, ce qui contribue à ces difficultés diagnostiques. En effet, l'analyse de l'acte, s'il est coupé de son contexte psychopathologique (déni), n'a pas de sens.

D'autre part, au niveau judiciaire, le néonaticide a disparu du code pénal. Ces femmes sont considérées comme des femmes « comme les autres » sans prise en compte de leur lien avec l'enfant.

4. - Données sur le néonaticide

Définition

Le néonaticide se définit comme le meurtre d'un enfant né depuis moins de 24 heures par l'un de ses parents et presque exclusivement par sa mère. Il a été individualisé par Resnick en 1970 en raison de caractéristiques particulières de ces femmes, différentes des autres formes d'infanticide.

Epidémiologie

Il s'agit principalement de femmes jeunes, rarement mariées, sans pathologie psychiatrique pour 70% d'entre elles. Leur niveau

intellectuel est bon. On ne retrouve pas de passage à l'acte suicidaire après le meurtre (Resnick, 1970).

Selon les études, le néonaticide s'accompagne d'un déni de grossesse dans 30% à 100% des cas (Spinelli, 2002). Il concerne 1 à 2% des dénis de grossesse et le risque est largement majoré si le déni persiste jusqu'à l'accouchement. On distingue le néonaticide actif par violence directe et passif par négligence (Bonnet, 1993). Les nouveau-nés décèdent le plus souvent par asphyxie. En France, on recense 70 cas d'infanticides par an soit 1 pour 10 000 naissances. La moitié serait des néonaticides. Il persiste un taux résiduel stable malgré l'évolution des conditions socio-économiques, des méthodes de contraception, de la légalisation IVG, de l'accouchement sous X et du consentement à l'adoption. Ce taux est aussi probablement sous-estimé car certains cas passent inaperçus parfois pour les mères elles-mêmes (enfants non retrouvés, amnésie des faits).

Statut juridique

Dans l'Ancien Code Pénal (article 300), l'infanticide tenait une place particulière. Le « meurtre ou assassinat d'un enfant nouveau-né » soit « d'un enfant de moins de 3 jours viable non déclaré à l'état civil » était puni de 10 à 20 ans de réclusion. Au-delà de 3 jours, la peine encourue était la perpétuité. Dans le Nouveau Code Pénal (1995, article 221-4), il n'existe par de qualification pénale spécifique. L'infanticide correspond au « meurtre sur mineur de moins de 15 ans » et est passible de la réclusion à perpétuité. En pratique, dans les cas de néonaticides, les peines prononcées sont variables allant de l'acquittement à la réclusion à perpétuité.

Du point de vue judiciaire, l'état psychique au moment du meurtre est un élément majeur. En effet, l'Article 122-1 du Code Pénal porte sur l'établissement des peines en cas de trouble psychique ou neuropsychique au moment des faits. Selon l'alinéa 1, s'il y a abolition du discernement au moment des faits, le sujet n'est pas pénalement responsable. L'alinéa 2 précise que le sujet demeure punissable si le discernement est altéré mais la juridiction en tient compte pour déterminer la peine. L'expertise psychiatrique tient donc une place centrale.

Particularités du déni total de grossesse suivi de néonaticide

Le déni de grossesse total suivi de néonaticide constitue une situation particulière. En effet, les jeunes femmes n'ont pas de réalité psychique de la grossesse et de l'enfant. Ce contexte peut être source d'erreurs d'interprétation (colique néphrétique, cystite, fibrome…). De plus, elles sont souvent seules au moment de l'accouchement, le choc de la découverte brutale de la grossesse et de l'enfant constitue une réalité souvent impossible à intégrer

d'emblée, favorisant l'impulsivité. Enfin, l'accouchement s'accompagne d'une obnubilation somato-psychique.

Ainsi, le contexte de déni de grossesse et d'accouchement inopiné est un terrain favorable à l'altération de la capacité de discernement et de la conscience expliquant en partie le risque de néonaticide.

Conclusion

Il existe un lien évident entre déni de grossesse et néonaticide. Pour autant, le déni de grossesse n'est pas toujours reconnu. Le devenir de ces femmes représente une véritable « loterie judiciaire ». Cette situation montre l'importance du repérage médical et judiciaire pour que ces cas ne soient pas uniquement relégués à de simples faits divers mais considérés comme un véritable problème de santé publique.

La question de la responsabilité pénale reste difficile : peut-il y avoir une reconnaissance légale du déni de grossesse et du néonaticide ? Une meilleure connaissance des processus psychiques du déni et de la puerpéralité en général est nécessaire pour répondre à cette question.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUES

Bardou H, Vacheron-Trystram MN, Cheref S. Le déni en psychiatrie. Ann Méd Psychol 2006 ; 164 : 99-107.

Bonnet C. Adoption at birth : prevention against abandonment or néonaticide. Child Abuse Negl 1993 ; 17 : 501-513. Code pénal et nouveau Code Pénal. Paris : Dalloz ; 1994.

Drescher-Burke K, Krall J, Penick A. Discarded infants and neonaticide : A review of the literature. National Abandoned Infants Assistance Resource Center, University of Berkeley ; 2004.

DSM-IV : Text Révision - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson ; 2004.

Dubé M, Léveillée S, Marleau JD. Cinq cas de néonaticide au Québec. Santé mentale au Québec 2003 ; 28 :183-194.

Gorre-Ferragu, Levasseur G. Le déni de grossesse : une revue de littérature. Université de Rennes 1 ; 2002

Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse : revue de littérature. Perspect Psychiatr 2002 ; 41 :174-181.

Hatters-Friedman S, McCue-Horwitz MA, Resnick PJ. Child Murder by Mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. Am J Psychiatry 2005 ; 162 : 1578-1587.

Lee ACW, Li CH, Kwong NS, So KT. Neonaticide, newborn abandonement, and denial of pregnancy–newborn victimisation associated with unwanted motherhood. Hong Kong Med J 2006 ; 12 : 61-64.

Massari B. Intérêt de l’accompagnement du déni de grossesse : à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. Perspect Psychiatr 2002 ; 41 : 208-216.

Menlowicz MV, Hyman-Rapaport M, Girardin JL, Demoraes TM. Amnesia and Neonaticide. Am J Psychiatry 2002 ; 159 : 498.

Menlowicz MV, Hyman-Rapaport M, Girardin JL, Demoraes TM. Neonaticide in the city of Rio de Janeiro : forensic and psycholegal perspectives. J Forensic Sci 1999 ; 44 : 741-745.

Pierronne C, Delannoy MA, Florenquin C, Libert M. (2002). Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. Perspect Psychiatr, 41 : 182-188.

Resnick PJ. Child murder by parents : a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry 1969 ; 126 : 325-334

Resnick PJ. Murder of newborn : a psychiatric review of neonaticide. Am J Psychiatry 1970 ; 126 : 1414-1420.

Simonnot AL. Infanticide à l’adolescence et déni de grossesse. Perspect Psychiatr 2002 ; 41 : 195-199.

Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 811-813.

Spinelli MG. Maternal Infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. Am J Psychiatry 2004 ; 161: 1548-1557.

La situation du fœtus menacé en droit français et dans les différentes philosophies de l'éthique médicale

Nathalie CAMBILLAU
Enseignante
Centre de Recherche en Droit de la Santé Publique
UT1, Toulouse

Les situations de déni de grossesse se terminent généralement après la naissance par l'acceptation de l'enfant par la mère. Mais les cas, même beaucoup moins courants, d'infanticides dans des situations identiques conduisent à s'interroger sur la protection de l'enfant à naître. Existe-elle ? Est-elle possible à organiser dans les cadres actuels du droit ? Quels obstacles empêchent de reconnaître la protection de l'enfant conçu ? Peut-on trouver dans les conceptions de l'éthique médicale et de la bioéthique des éléments éclairant cette problématique ?

1. - L'absence de protection juridique de l'enfant conçu.

Par principe, le droit pénal s'attache au résultat pour sanctionner les atteintes à l'intégrité physique : plus le dommage est important, plus la sanction est élevée. Or, lorsqu'il s'agit de réparer le dommage causé à l'enfant conçu, le juge pénal prend en compte les conséquences les plus graves pour, paradoxalement, absoudre son auteur.

1.1. - Une protection pénale paradoxale

1.1.1. - Les incohérences du droit pénal

La protection pénale, la répression et la réparation des atteintes à la personne, peut couvrir des actes antérieurs à la naissance, mais elle n'est effective que si l'enfant naît. En effet, seules les blessures infligées pendant la grossesse à un enfant né vivant entrent dans le champ d'application du droit pénal. Si l'enfant meurt in utero, suite à des coups et blessures, volontaires ou non, l'auteur des violences n'a pas à répondre de ce décès.

Un même fait peut conduire à deux solutions opposées, selon que l'enfant a pu vivre ou non jusqu'à la naissance. La mort in utero est indifférente sur le plan répressif, il ne peut y avoir de coups et blessures ou d'homicide de l'enfant conçu, tant qu'il n'est pas né. La jurisprudence sur ce point est constante1. Même lorsque les coups mortels sont portés volontairement à la femme avec l'intention de tuer l'enfant qu'elle porte, le même constat s'impose : aucune poursuite pour homicide volontaire ne peut être engagée2. La résistance de l'enfant conditionne le prononcé de la sanction pénale.

La hiérarchie des valeurs protégées par le droit pénal est modifiée : les violences mortelles sont reléguées à un degré de gravité inférieur à celui attribué aux coups et blessures.

Faire dépendre la répression de la vie après la naissance est pourtant critiquable, c'est un moyen inavoué d'absoudre l'auteur d'un comportement qui serait considéré comme inadmissible s'il avait causé le même dommage à une personne déjà née.

L'homicide se définit comme une atteinte à la vie, la vie fœtale n'est pas considérée comme telle. Le droit pénal protége non pas la nature humaine, mais la dimension juridique de la victime et érige la personnalité juridique, qui ne peut s'acquérir qu'à la naissance à la condition de naître vivant et viable, en condition d'humanité. Il ne peut y avoir de protection de la vie prénatale en conditionnant la qualité d'être humain à la naissance.

L'enfant conçu demeure attaché à sa mère, toutes les atteintes infligées au fœtus pendant la grossesse ne peuvent être qualifiées que par l'intermédiaire de la mère, comme atteintes à la mère elle-même. Pourtant l'enfant n'est pas considéré comme une

---

[1] C.A. Douai, 2 juin 1987, La Semaine Juridique, Edition Générale, n°24, n°21250 ; C.Cass, crim, 30 juin 1999, Le Dalloz, 19 99, n°44, note D.Vigneau. C.Cass, crim, 2 octobre 2007, Revue de Droit Sanitaire et Social, , janvier / février 2008, n°1 / 2008, note P.Hennion-Jacquet : « *Le droit pénal n'est pas l'armurier des innocents : à propos de la protection pénale de l'enfant conçu* ».

[2] D. Vigneau : « *Faut-il naître vivant et viable pour mourir en homme ?* », Droit de la famille, 2000, chronique n°21.

partie de la mère. Les atteintes subies par le fœtus seront considérées comme des dommages moraux pour la mère, à moins qu'elle ne subisse personnellement un préjudice physique. La solution est celle applicable aux coups et blessures et à l'homicide, ces atteintes au fœtus ne pourront devenir des atteintes à l'enfant que rétrospectivement, dans la mesure où celui-ci naît vivant.

La protection pénale de l'enfant conçu, lorsqu'elle est possible, est limitée par ce caractère rétrospectif, elle ne permet pas de mesures préventives, mais seulement la réparation de dommages ayant produit des effets. Ce qui parait paradoxal mais également illogique.

Illogique est par exemple la répression du délit d'entrave à l'IVG, prévue par le Code de la Santé Publique3, qui ne sanctionne pas l'atteinte à la continuation de la grossesse. De même le code pénal réprime l'interruption de grossesse pratiquée sans le consentement de l'intéressée, alors même que, hors de tout contexte médical, un avortement imposé ou provoqué par imprudence n'est pas spécifiquement réprimé.

La situation pénale du fœtus est paradoxale au regard d'autres incriminations pénales qui sanctionnent les atteintes au-delà de la vie : les personnes décédées sont protégées contre les atteintes. Les atteintes au cadavre sont réprimées en raison du respect dû aux morts4, ce qui contraste avec la permissivité en matière de violences mortelles envers l'enfant à naître. Les personnes décédées ont droit au respect de leur vie privée et sont protégées lorsque leur dépouille est photographiée. Le juge pénal punit la tentative de meurtre sur cadavre5. La vie d'une personne qui n'est plus sujet de droit est ainsi protégée, alors que celle d'une personne qui ne l'est pas encore ne l'est pas.

La loi punit la destruction de fœtus d'animaux6, pour les espèces protégées. Cela revient à considérer que l'espèce humaine n'est pas considérée comme telle.

La loi a établit un statut spécifique des embryons conçus ex utero pour les besoins de la procréation médicalement assistée, se rapprochant du statut de la personne humaine qui a droit au respect de sa dignité, mais elle ne tient pas compte de la période anténatale.

Le fœtus ne peut jamais être considéré comme « en danger », aucune mesure préventive dirigée sur l'enfant conçu n'est possible. Il

---

[3] Article L.2223-2.
[4] Article 225-17 du code pénal.
[5] Arrêt du 16 janvier 1986, Dalloz 1986, jur. N°265, note G.Roujou de Boubée, ici c'est la définition de la tentative qui justifie la solution : l'intention, la certitude de commettre un homicide, cette volonté n'est pas reconnue en cas d'atteinte au fœtus.
[6] Articles L.411-1 et L.415-3 du code de l'environnement.

est donc inenvisageable d'organiser une protection de l'enfant conçu avant sa naissance.

1.1.2. - Les obstacles à la reconnaissance de qualité d'être humain au fœtus.

L'obstacle majeur à une telle reconnaissance est celui de l'IVG et surtout de l'IMG, qui permet de pratiquer un avortement pour raisons médicales lorsque la continuation de la grossesse fait courir un danger pour la mère ou l'enfant, ou lorsque l'enfant est atteint d'un handicap ou d'une pathologie grave et incurable au moment du diagnostic.

Certaines législations reconnaissent pourtant l'humanité du fœtus sans lui accorder la personnalité juridique, donc sans porter atteinte au droit de l'avortement qui continue d'être licite.

Il existe donc une protection pénale spécifique concernant le foeticide, sans prohiber l'IVG : dans le code pénal espagnol sont répréhensibles les dommages au fœtus, l'avortement provoqué par une imprudence grave.

Le code pénal italien punit également l'avortement causé par l'imprudence.

Le droit de l'avortement n'est donc pas un obstacle à la reconnaissance de l'humanité du fœtus.

Le droit civil est plus protecteur de l'enfant conçu, mais sa protection demeure théorique.

1.2. - La reconnaissance de la « personne » et de l'« être humain » dans le droit civil.

L'enfant conçu vit au sens biologique, mais pas au sens juridique, il ne peut être sujet de droit. Le droit civil distingue deux notions : celle d'être humain et celle de personne.

L'être humain a droit au respect de sa dignité dès le commencement de sa vie, mais seules les personnes bénéficient d'une protection effective. Ainsi, l'article 16-1 du code civil prévoit que « Chacun a droit au respect de son corps » et que « Le corps humain est inviolable ». Le principe d'inviolabilité du corps humain concerne l'être humain, qu'il s'agisse d'une personne vivante, décédée, ou d'un enfant conçu. Dès sa conception le fœtus est donc, sinon une personne, au moins un être humain. Mais le droit au respect dès le commencement de la vie ne confère pas de droits à l'enfant à naître. Il ne peut obtenir le bénéfice des droits civils qu'après la naissance.

Le droit au respect du corps humain n'est pas parfaitement protégé par le droit pénal, qui est en contradiction avec le droit civil sur ce point. Il se limite à protéger non pas la nature humaine, mais la dimension juridique de la victime.

1.3. - L'exigence de protection de la vie dans le droit conventionnel international.

L'article 2 de la Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme, ainsi que l'article 6 du Pacte Internationale relatif aux Droits Civils et Politiques reconnaissent à tout être humain la protection par la loi de sa vie dès son commencement. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant exige dans son préambule une « protection juridique appropriée de l'enfant, avant comme après sa naissance ». Peu de pays ont effectivement organisé cette protection.

2. - La protection de l'enfant conçu dans l'éthique médicale et la bioéthique.

Peut-on trouver dans l'éthique médicale, la bioéthique des éléments pour permettre de reconnaître le statut ontologique « d'être vivant », qui pourrait être applicable à l'enfant conçu ?

2.1. - Les différentes conceptions du fœtus au sein des philosophies de la bioéthique.

C'est surtout dans les développements relatifs à l'avortement que l'on peut trouver quelques éléments de réponse.

2.1.1. - Les positions libérales ou permissives

Elles interprètent les Droits de l'Homme comme des droits de propriété. Elles relient donc le fœtus au droit de propriété de chacun, et donc de la mère, sur son corps. Considérer le corps comme un objet de propriété amène à conférer un droit absolu de chacun sur son corps. Le fœtus peut ainsi faire l'objet d'une destruction car le droit de propriété confère le droit d'abuser de la chose, qui comprend celui de la détruire. Le fœtus dans cette approche peut apparaître comme un corps étranger dont la destruction est indifférente7. Cette position est extrême, elle s'éloigne d'une reconnaissance de l'humanité du fœtus qui peut dans cette optique être considéré comme un appendice.

Cette position n'est pourtant pas éloignée de celle qui consiste à distinguer l'être humain et la personne : seule la personne étant dotée de valeur.

---

[7] E. Rothbard : « L'éthique de la liberté », p.130, 1991 : « Il faut voir l'avortement non pas comme le meurtre d'une personne vivante, mais comme l'éviction d'un intrus dans le corps de sa mère », cité dans le « Dictionnaire d'éthique et de philosophie », M. Canto Speberg, PUF, 1998, article « Avortement ».

2.1.2. - Les positions conservatrices

Au contraire, elles font remonter la protection due à la vie dès le moment de la conception. On est dès lors immédiatement en présence d'un être humain à part entière, la distinction entre l'être humain et la personne humaine n'a pas de signification, il s'agit de la même réalité. C'est la reconnaissance du caractère sacré de la vie qui est celle des religions. Ce qui caractérise la nature humaine n'est pas seulement, dans cette optique, d'initier des actes rationnels où se manifestent la conscience de soi.

Cette position a le désavantage de condamner toute forme d'avortement, il n'y a dans cette optique aucune autorité humaine, aucun être humain, aucune science, aucune indication médicale, eugénique, sociale, économique, morale qui puisse donner un tire juridique valable pour disposer directement ou délibérément d'une vie humaine[8].

On ne doit pas non plus pratiquer l'avortement pour sauver la vie de la femme enceinte : l'argument de la légitime défense ne peut pas être invoqué. Le fœtus étant un être humain innocent, il ne saurait être considéré comme un agresseur ou une entité dangereuse.

Les critiques de ces positions conservatrices estiment qu'elles conduisent, en fondant la dignité de la vie sur le caractère sacré de celle-ci, à exprimer un « tabou envers la vie »[9].

2.1.3. - Les positions médianes ou modérées :

Ces positions considèrent que la grossesse étant un processus continu, il y a une part d'arbitraire dans la détermination d'un moment où le fœtus deviendrait un être humain, où une personne et pourrait être protégé contre l'homicide. Le fœtus acquiert graduellement le droit à la vie.

Les législations ayant adopté l'avortement relèvent de cette attitude médiane et modérée, le législateur ayant raisonné en termes de santé publique et visé à éviter les dangers des avortements clandestins, plutôt qu'en termes moraux.

---

[8] C'est généralement le point de vue de l'église catholique, mais pas seulement. A. Donagan : « The theory of morality », 1977 : « *Le fœtus doit être respecté du fait de son appartenance à une espèce naturelle dont les membres sont typiquement des agents rationnels, , il doit être considéré comme une créature dont la nature est d'être rationnelle* ». P.Devine : « The Ethics of Homicide », 1978 : « *La perspective d'une vie humaine dans le futur peut être illégitimement ôtée, cette perspective est la même chez le fœtus et chez l'adulte, l'avortement ne peut être permis que dans des cas exceptionnels, lorsque, par exemple, un diagnostic prénatal révèle une maladie très grave du fœtus qui lui interdirait toute possibilité de mener une vie humaine* ».

[9] Voire un « *égoïsme de l'espèce* ».

2.2. - L'avis n°1 du 22 mai 1984 du CCNE : la notion de « personne humaine potentielle ».

La question du statut du fœtus a fait l'objet de la première réflexion du Comité Consultatif National d'Ethique dès sa création, et objet du premier avis rendu par le comité. La réponse offerte est nuancée : « L'embryon ou le fœtus doit être reconnu comme une personne humaine potentielle qui est ou a été vivante, et dont le respect s'impose à tous ». Le comité ne prend pas une véritable position sur le statut de l'être en gestation, il se limite, comme le fait le droit civil à considérer que le respect de l'être humain commence dès le commencement de la vie, sans poser le principe d'un régime juridique qui correspondrait à la garantie de ce respect.

De nombreuses propositions ont été faites pour pallier l'absence de protection pénale du fœtus en droit français :

Il a été proposé que la mère puisse, une fois le délai légal de l'IVG passé, attribuer à l'enfant qu'elle porte le statut de personne juridique[10]. Cette procédure aurait le désavantage de rende l'IMG impossible.

M. Gaillard a proposé en 2002 de créer un article du code pénal réprimant de façon autonome l'interruption volontaire de grossesse : « Le fait de causer par maladresse, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'un enfant à naître » aurait été constitutif d'une interruption involontaire de grossesse, punie de 3 ans d'emprisonnement et de 4500 euros d'amende. Ce projet a été abandonné, car il aurait nécessité une modification du code de la route, alors même que les automobilistes sont souvent à l'origine du décès anténatal. Ce texte aurait eu le mérite de combler un vide législatif, sans attribuer à l'enfant conçu le statut de personne.

Seules des politiques publiques ont organisé à ce jour une protection préventive efficace de l'enfant à naître. Ainsi le plan périnatalité de 2004 prévoit la détection précoce des troubles de l'attachement mère / enfant pouvant conduire à une carence relationnelle ultérieure par un entretien systématique de détection dès le 4ème mois, dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile notamment. La détection précoce permet un travail préalable à la naissance et un meilleur suivi des femmes à risques lors de et après l'accouchement. Mais la situation du fœtus en droit français demeure plus qu'ambivalente.

---

[10] X. Labbée : « La condition juridique du corps humain avant la naissance et après la mort », 1990.

Atelier 3

SUIVI, PRISE EN CHARGE

Modérateur

Professeur Jaime SIERES
Professeur honoraire
d'Education pour la santé
Université de Valencia
AFRDG

Déni de grossesse : expérience d'une équipe de pédopsychiatrie dans deux maternités toulousaines

Emmanuelle TEISSER*
Ludivine FRANCHITTO**
Pédopsychiatre*
Pédopsychiatre **
Equipe de pédopsychiatrie du CHU
Maternités Paule de Viguier et Joseph Ducuing
Toulouse

Les grossesses à déclaration tardive ou non suivies nous sont signalées par les sages-femmes et obstétriciens. Un entretien avec notre équipe est systématiquement proposé à ces mères et leur conjoint. Parmi ces situations, nous diagnostiquons un nombre conséquent de dénis de grossesse, partiel ou total.

Quelles sont ces familles touchées par le déni de grossesse ? Quelle(s) psychopathologie(s) éventuelle(s) rencontre-t-on dans ces situations ? Quel accompagnement nous est-il possible de proposer ? Choisissent-ils toujours d'élever leur enfant, et lorsque c'est le cas, y a-t-il des conséquences sur les interactions précoces parents-bébé et le développement psychoaffectif de l'enfant ?

Les situations que nous rencontrons dans ce contexte sont extrêmement diverses mais l'émotion des parents et des familles est toujours intense. Nous faisons l'hypothèse que la levée du déni doit être accompagnée, pour que cet évènement, mis en mot, puisse s'intégrer dans l'histoire du bébé et de ses parents et ne s'interpose pas de manière insidieuse au sein des interactions.

Nous vous proposons donc, par l'intermédiaire de vignettes cliniques, de vous faire partager notre expérience.

Du « gros ventre » à l'annonce d'une grossesse à terme : Etude d'un cas clinique de déni de grossesse

Sandra Zach *
Erika Teissiere **
Sage-femme cadre *
Psychologue **
CHI de Poissy St Germain 78

Mme F. est une femme âgée de 45 ans, atteinte d'une sclérose en plaque invalidante. Accompagnée de son conjoint, elle consulte les urgences générales de l'hôpital sur les conseils de SOS Médecin qui sur l'observation d'un « gros ventre », suspecte un globe vésical.

Devant ce dit « gros ventre », les urgences orientent la patiente vers le service de gynécologie obstétrique. Le médecin de garde pratique alors une échographie de contrôle et découvre avec stupéfaction une grossesse avancée, qu'il note approximativement au terme de 34-36 SA. La surprise ne s'arrête cependant pas là : lorsque Mme F. fait part de ses douleurs physiques, le médecin constate une rupture des membranes et un col déjà modifié à 3 cm ! A l'annonce de cette grossesse et dans le même temps d'un accouchement imminent, le couple tombe des nues devant la découverte de cette grossesse alors « totalement » inconnue pour eux !

Mme F. est alors amenée en urgence en salle de naissance. L'équipe médicale décide de pratiquer une césarienne en urgence, car le bébé présente des anomalies du rythme cardiaque. De cette césarienne naît une petite fille pesant 1670 g., transférée immédiatement dans le service de réanimation néonatal du CHI.

Quelles réactions des parents ?

M. et Mme F. nous apparaissent dans un tout premier temps en état de choc. L'annonce de cette grossesse, et surtout de son

terme si avancé, comme de cette naissance fulgurante, laisse les parents dans un véritable état de sidération. Ils sont abasourdis, silencieux sans grande demande d'explication à ce moment de l'annonce. Nous avons alors du mal à différencier nettement ce qui résulte normalement d'un état de choc, d'une absence totale d'émotion.

Au fil des heures, Monsieur va exprimer plus clairement ses inquiétudes, son incompréhension et surtout son incapacité à s'occuper de cette petite fille, craignant déjà de se voir rapidement veuf, du fait de la sclérose en plaque déjà si invalidante de sa compagne. Monsieur semble réaliser la complexité de cette situation, alors que Madame se comporte très différemment.

Accompagnée en Suites de Couches

Mme F. se comporte, là encore, d'une façon très particulière. Quelques heures seulement après sa césarienne, Mme F. est retrouvée debout, déperfusée et comme insensible à la douleur. Elle semble n'avoir jamais accouché, mais réalise cependant l'existence de son enfant. Le couple demandera d'ailleurs au bout de 24 heures à voir leur fille et à la reconnaître, alors qu'ils avaient au préalable demandé un accouchement sous X, en vue de la confier à l'adoption.

En service de néonatologie, nous assistons à un autre décalage entre le couple parental. Mme F. se montre proche de sa fille, présente et attentive à ses besoins, alors que Monsieur exprime quant à lui très clairement ses difficultés à investir son enfant.

Alors lourdement handicapée, la patiente cependant semble ne pas réaliser du tout la difficulté qui est pourtant la sienne à s'occuper de sa fille, alors même qu'elle n'a pas la force de la tenir dans ses bras ! En accord avec les parents et les équipes de soin, une hospitalisation transitoire dans une unité Mère-bébé est proposée au couple à la sortie de l'hôpital de la petite fille.

Quelles réactions des équipes ?

A l'annonce du terme de cette grossesse et de l'imminence de l'accouchement, l'équipe est elle aussi en état de choc. A l'instar du couple, l'équipe se retrouve aussi totalement sidérée, occupée par l'urgence de la césarienne. Peu de mots sont alors échangés et aucune émotion ne filtre de la salle de naissance à ce moment là. Nous assistons alors comme en miroir, à l'absence d'émotion des parents, à une anesthésie totale des émotions de l'équipe.

A la naissance de l'enfant, surgit cependant de l'inquiétude. La peur de perdre l'enfant commence alors à se lire et à s'exprimer. En naissant, cette enfant vient comme révéler ce qui jusque-là était

impensable, son existence bien sûr, mais également la grossesse inaperçue de sa mère.

Les langues se délient soudain, d'abord dans l'incompréhension puis rapidement dans le jugement et surtout dans la colère. C'est alors que la notion de « déni de grossesse » est prononcée, venant enfin donner sens à cet impensable et inscrire cette histoire incroyable, dans la réalité.

La nouvelle se répand telle une traînée de poudre au sein de l'équipe. Même s'il paraît à tous impensable de se découvrir enceinte au moment même de l'accouchement, ce « diagnostic » de déni de grossesse chez cette femme déjà très abîmée par sa maladie, va générer de la part de l'équipe une prise en charge très particulière, basée essentiellement sur le rapport affectif.

En suites de couches, la patiente se comporte anormalement bien, nous amenant à nous poser la question d'un second déni, celui là même de son accouchement, réalisé pourtant seulement quelques heures plus tôt par césarienne ! Mme Zach sage-femme cadre du service et moi-même nous montrons inquiètes devant un tel comportement inadapté. Dans son discours, la patiente nous confirme tout simplement son souhait d'aller rendre visite à sa fille. Nous ne percevons aucune émotion particulière, aucun sentiment d'inquiétude ni même de culpabilité, devant un enfant pourtant dans un état préoccupant pour les pédiatres et présentant un grand retard de croissance. Devant cet état perturbant que nous ressentons plus du côté de l'indifférence que de l'état de choc, l'équipe interprète quant à elle le comportement de cette femme, comme du courage, comme une force de vie et se veut rassurante pour l'avenir de cette famille. L'émotion sera d'ailleurs à son comble, lorsque les parents feront part de leur désir d'abandonner leur demande d'adoption !

Les équipes se retrouvent alors malgré elles, envahies par un fantasme de toute puissance, persuadées que tout est possible et surtout, de reconnaître un enfant alors même que l'on a totalement ignoré son existence. L'amour maternel est plus fort que tout ! Nous assistons ici à une véritable collusion psychique du déni, dans laquelle l'équipe elle-même dénie l'existence du déni et ne peut se projeter que dans une fin heureuse dans laquelle parents et enfant se retrouveront bien vite à la maison en oubliant cette malencontreuse aventure.

Mme Zach et moi-même n'avons alors eu de cesse de soutenir les équipes, en accueillant leurs émotions, leurs craintes et leurs fantasmes, mais également en maintenant continuellement ces

mêmes équipes dans le principe de réalité, en leur faisant part des difficultés réelles tant psychiques que physiques de Mme F. Voir cette petite fille aussi bien acceptée par ses parents était bien sûr magnifique, mais cela ne pouvait se faire raisonnablement sans un minimum de vigilance et de soutien de notre part. Nous n'avions de cesse de nous demander comment investir si rapidement un enfant n'ayant au préalable jamais existé psychiquement dans la tête de ses parents ? Non cela ne pouvait être un simple conte de fée. Aussi, avons-nous œuvré durant le séjour de cette femme en suites de couches, à leur faire accepter la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire dans une unité d'hospitalisation mère-bébé, afin de les aider dans l'établissement de leurs liens avec cette petite fille, avant un éventuel retour à domicile. Cette hospitalisation a durée 5 mois ! Elle a permis aux parents d'établir un véritable lien avec leur enfant, mais elle leur a également permis de prendre conscience de la réalité de cette enfant, et surtout de ses besoins, amenant ainsi les parents à demander eux-mêmes une aide dans la prise en charge à long terme de leur fille. La petite fille se trouva ainsi placée dans une famille d'accueil, tout en restant en contact régulier avec ses parents. Nina pouvait ainsi commencer à exister !

En conclusion

Nous pouvons retenir à travers cette histoire la force incroyable du déni maternel, mais également celle de la collusion psychique du déni, qui déplace tout sur son passage, qui aveugle et rend sourd au premier contact et qui parfois se poursuit longtemps après, comme auprès du médecin référent de cette patiente, qui quelques mois plus tard écrira dans son dossier médical : « j'ai revu Mme F. qui semble s'être bien remise de ses « péripéties » de l'année dernière » !

L'accompagnement pluridisciplinaire comme soutien à l'instauration des premiers liens mère-bébé

Laurence CAMON-SENECHAL*
Véronique CHMARA**
Puéricultrice*
Assistante sociale**
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital de la Pitié-Salpétrière, Unité petite enfance et parentalité

Depuis 15 ans, l'unité petite enfance et parentalité travaille en réseau avec les maternités du réseau Est parisien dans le but de mettre en place précocement un accompagnement à la parentalité. Notre centre est souvent sollicité pour des situations de déni total ou partiel qui inquiètent les équipes de maternité lors de la sortie de la mère et du bébé. Nous allons vous faire part de notre expérience dans la prise en charge de ces situations au sein de l'équipe multidisciplinaire de l'unité Vivaldi.

Atelier 4
AUTOUR DE L'ADOLESCENCE

Modératrice
Docteur Claude Vialas
Directrice adjointe du Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de Toulouse, AFRDG.

Le déni de grossesse chez l'adolescente vu des urgences d'un hôpital général

Docteur Abram COEN
Psychiatre honoraire des Hôpitaux
Psychanalyste, membre d'Espace Analytique.
Membre du laboratoire de recherche en psychologie
Université Paris XIII Villetaneuse
Chargé d'Enseignement d'Ethique
Clinique à l'Institut de Psychologie de Paris V

Le service des urgences d'un hôpital général est un observatoire privilégié, pour le psychiatre hospitalier, du fait de la dramatisation des situations nécessitant une réponse rapide. Qu'en est-il chez l'adolescente quand le recours habituel au déni, mécanisme de défense privilégié à cet âge, complique encore plus une situation déjà difficile?

Les adultes souhaiteraient, pour leur confort, que la phase de latence – qui n'est pas totalement muette – se prolonge indéfiniment, laissant la possibilité de parfaire études et apprentissages. Ils souhaitent surtout que « les ados » ne fassent pas parler d'eux ! Il faudrait qu'ils grandissent sans conflits patents, visibles. D'où, leur « silenciation » ou la survenue, apparemment brutale, d'un éclat bruyant dramatisé plus que dramatique : incident, accident, tentative de suicide, révélation d'une grossesse… qui rend enfin publique ce qui jusqu'alors était insupportable à porter seul.

Les urgences hospitalières – qu'elles soient générales ou spécialisées (psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, service de gynéco obstétrique ou planning familial) sont un recours comme « pompier de l'angoisse » pour ceux qui sont passés à côté d'une souffrance sans en prendre la mesure!

En effet, le déni est un mécanisme de défense privilégié à l'adolescence. On peut également se demander dans quelle mesure il

ne colle pas avec les attentes immobilistes de l'entourage : de ne surtout ne rien bousculer !

C'est ainsi que travestir consciemment ou inconsciemment une grossesse secrète, à ventre plat, ne fait que conformer la jeune aux souhaits de confort de l'entourage qui n'y voit rien, n'y comprend rien ! « Elle ne manque de rien, elle a tout ce qu'il faut à la maison pour être heureuse » est un discours récurent des parents.

En somme, il ne faut pas de ratage, ce qui cependant est le propre de l'inconscient !

L'atmosphère stressant des urgences hospitalières contribue fortement à dramatiser une situation existentielle qui, si elle était jouée sur scène, à la manière d'un vaudeville, ferait rire tout le monde !

Ici, la temporalité réduite d'une grossesse, l'encadrement légal de son éventuelle interruption obligent à une prise de décision rapide alors qu'il faut du temps pour comprendre, métaboliser une situation de mise en danger, chercher et trouver la faille pour venir – idéalement – à bout d'un déni.

Le conflit décisionnel, comme les conséquences qui en résultent – bouleversement d'une vie, nécessité parfois d'un changement d'environnement - ne sont pas dépourvues d'une dimension éthique et en fonction de l'âge de la jeune, il peut même y avoir nécessité d'un recours à la protection de l'enfance.

Qu'on en juge plutôt :

Une adolescente de 14 ans est reçue aux urgences pour ascension thermique, avec syndrome grippal et maux de ventre.

Une radio de l'abdomen sans préparation découvre – alors que rien n'y faisait penser –le squelette d'un fœtus de 4 mois!

La révélation – aussi brutale que traumatique – affecte chacun des membres de l'entourage.

Il s'agit d'une jeune haïtienne – 14 ans, en 5e – confiée légalement par son père, avant de mourir des suites d'un cancer du rein les mois précédents, à sa propre sœur mariée ayant un garçon de 16 ans.

Que faire, d'autant que la jeune continue à soutenir – malgré les preuves en mains –qu'il n'en est rien ?

La tante est très agitée: Qui est l'auteur de cette grossesse ? La réponse à cette question peut faire basculer sa propre identité ! L'auteur de la grossesse est-il de la famille ou est-ce un étranger ? Le fœtus serait-il l'enfant « incestueux » du mari; ou son propre petit-fils, auquel cas elle en serait la grand-mère, la nièce devenant la belle–fille ? A moins qu'il s'agisse d'un étranger, quel en est le contexte : violence ou consentement ? Enfin et surtout, qu'en est-il de l'impératif catégorique de la scolarité et la poursuite de son engagement – comme tiers de confiance – de la promesse faite au frère, à présent décédé ?

De son coté, le décideur, en miroir se pose les mêmes questions : l'auteur de la grossesse est-il intra ou extra familial ? La rencontre s'est-elle faite avec ou sans violence ? Que choisir alors : arrêt ou poursuite de la grossesse, en sachant que le terme légal de son interruption est bien dépassé ? Comment, à présent assurer la sécurité – dans un environnement éducatif plus favorable – de cette jeune ?

Quoi qu'il en soit – et malgré le temps d'entretien long que nous nous sommes octroyé – la situation nécessite d'être refroidie pour favoriser une réflexion plus sereine, d'autant que les hommes en présence clament chacun, haut et fort, leur innocence devant d'éventuels soupçons de la tante effondrée, en état de confusion !

Malgré les demandes de celle-ci de me la ramener le lendemain, et en l'absence totale de collaboration de la jeune, enferrée dans son déni; une hospitalisation – en obstétrique puisque c'est bien de cela qu'il s'agit – est alors proposée, après qu'une information médico-légale complète eut été donnée, mais sera-t-elle pour autant comprise dans cette situation ?

Ce n'est qu'au bout de 48 heures que la jeune s'effondre : un rapport non protégé a bien eu lieu avec le cousin, à la maison ; mais elle ne veut surtout pas lui nuire !

Elle nous dit également combien – d'autant qu'elle serait bonne élève – elle aimerait poursuivre sa scolarité et ne se sent pas prête à devenir mère. Enfin, elle aimerait demeurer chez sa tante quoiqu'il soit arrivé.

La tante – tutrice – confirme le bien fondé du choix de sa nièce qu'elle approuve et souhaite son retour à la maison. En somme, elle confirme la demande une interruption – médicale –de grossesse (IMG), étant donné l'âge de celle-ci.

Quant au retour à la maison, c'est une situation à risque de répétition. Peut-on laisser une telle situation se résoudre – à l'amiable – avec retour au statu quo ante intra familial ? Nous en faisons le signalement au juge pour enfant.

Sur le plan existentiel, cette jeune qui vivait avec son père – la mère qui avait déserté le foyer conjugal ne se manifestait que téléphoniquement et de temps en temps – n'a plus de famille autre que sa tante. On sait la hausse de fécondité qui succède à un décès – ici, qui plus est du père. L'acceptation « spontanée » d'une relation sexuelle avec son cousin vivant sous le même toit – dans la naïveté de deux débutants non informés ? – N'était-ce pas une façon détournée de remercier, pour son dévouement, la tante; de se sortir d'une solitude affective d'orpheline, en ayant, un proche à aimer ?

Durant l'hospitalisation encadrant l'Interruption Médicale de Grossesse, nous lui avons rendu visite tous les jours. Il s'agissait, d'un accompagnement, dans un milieu obstétrical habitué à favoriser la naissance et donc peu favorable à une pratique d'interruption de grossesse, surtout en l'absence de malformation du fœtus ou de « maladie » maternelle !

Le juge a cependant autorisé le retour de la jeune chez sa tante. La recommandation d'un suivi post abortum – comme c'est souvent le cas – ne s'est pas poursuivie longtemps, comme si le refoulement prenait le relais du déni!

La situation est parfois plus cocasse quand le psychiatre est appelé peu de temps avant d'entrer en salle de travail, le diagnostic de grossesse étant fait lors d'une révélation tardive. Ce qui est le plus patent, dans les cas qu'il m'a été donné de rencontrer, c'est le conflit mère-fille mineure dans l'imminence dramatisée d'un accouchement. A qui appartient l'enfant ?

Dans un cas la future grand-mère maternelle voulait impérativement élever l'enfant à naître. L'opinion de la parturiente, quel qu'ait été son statut intellectuel, a été entendue, dans le but de la protéger de sa propre mère manifestement prédatrice. Dans l'autre cas, la future mère défendait son droit à élever– avec les aides sociales existantes – l'enfant fait avec un ami mineur qu'elle aime et qui veut assumer sa fonction paternelle, tout en poursuivant sa scolarité.

Les grossesses adolescentes directement adressées en psychiatrie sont souvent plus élaborées surtout si elles proviennent de

la médecine scolaire, l'Aide Sociale à l'Enfance ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse. La situation la plus émouvante rencontrée, est celle de cette jeune fille – limitée – de 17 ans, qui, dans un effort de défécation, découvrant une masse bizarre dans la cuvette des W.C. a appelé sa sœur qui en a retiré un beau petit bébé!

Il convient, à partir de ces situations, de revenir sur la question du déni de grossesse pour se demander de quel déni s'agit-il, de celui de la jeune femme enceinte d'une grossesse à ventre plat passée inaperçue ; de la cécité de l'entourage qui de plus n'en veut rien savoir, parfois même d'une complicité en miroir des deux ?

Cela n'est pas sans évoquer les situations incestueuses devant lesquelles « on est prié de fermer les yeux », comme souvent en milieu alcoolique.

Il est vrai qu'être enceinte, à fortiori chez l'adolescente à l'heure des grossesses programmées, de la maîtrise de la contraception peut paraître une gageure, en tous cas un ratage, comme la tentative de suicide. A ce titre la grossesse devient un symptôme dont il convient de décrypter – quand c'est possible – le sens inconscient.

Le vocabulaire qui rend compte de ces situations est éloquent. C'est un « accident », « une tuile », « j'ai été prise ». Elle est tombée: en « situation intéressante »; « en position » disait-on autrefois.

Au fond les adultes préfèrent ne rien savoir de la sexualité de leur adolescente. Ils font donc comme si elle n'en avait pas ! D'où la surprise de la révélation: comment est-ce possible ? N'est-ce pas le soudain vieillissement des parents, en âge d'être grands-parents, qui est une étape difficile à reconnaître ?

« Elle n'avait qu'à pendre ses précautions… (comme moi-même, bien avant elle, j'ai fait…) et ne pas nous donner du souci ! Surtout pas de problèmes ! » Le déni de grossesse – au moment où son « masque » ne peut plus se dissimuler - traduit-il un souci inconscient de respecter le confort des parents ?

Ailleurs c'est la position victimaire qui prévaut : « enceinte malgré elle », « déjà mère avant d'être adolescente» : rapports précipités, amours précoces ou contrainte et forcée ? Viol ?

Il est également vrai que même à l'heure où « l'éducation sexuelle » est au programme, et qu'on en parle abondamment, le lien n'est pas toujours clair entre rapport sexuel et fécondation. Et quand

bien même il le serait, la mentalité « Zorro » de la toute puissance adolescente reste de mise : « Ça ne peut pas m'arriver ». La spontanéité ne peut être secondarisée, temporisée. On peut également invoquer des explications sociologiques «d'environnement défavorable» !

Quoiqu'il en soit, la prévention de la maternité et de la parentalité précoces constitue un problème de santé publique d'autant plus difficile que la révélation de la grossesse est tardive et le temps compté. Au-delà de la question de « l'aptitude maternelle », se pose également celle du destin existentiel des enfants nés dans ces conditions.

L'engagement de l'adulte dans la problématique des grossesses adolescentes se fait parfois sur des contre-attitudes et n'est pas dépourvu de position idéologique. Nous nous sommes intéressés aux situations où la mère souhaitait – bien que pas toujours soutenue par sa propre famille, elle-même carencée – garder l'enfant malgré une situation psycho sociale parfois acrobatique.

La position que nous soutenions était : comment ne pas faire de nouveaux clients pour l'ASE et éviter la reproduction intergénérationelle de placements.

Il nous semblait important de soutenir le choix de l'adolescente, d'être une mère qu'elle n'a pas eu en lui donnant une opportunité d'être soutenue par une famille d'accueil mise en situation grand parentale.

Nous avons organisé un accueil familial conjoint mère-enfant chez une nourrice sélectionnée par l'Unité d'Accueil Mère Enfant de Saint Denis et relevant administrativement de l'ASE. La durée de cette prise en charge pour la mère va jusqu'à ses 21 ans. Il s'agissait de mettre en place des emboîtements réciproques où la nourrice soutient la mère, qui à son tour peut alors soutenir l'enfant.

Madame B 16 ans a eu un enfant d'un homme marié et père de famille, qui a toutefois reconnu l'enfant. Si Georges était très choyé dans cette construction, sa mère restait ambivalente vis à vis du père qui lui tournait autour. Elle a pu, au fil du temps, se déterminer, « grandir » trouver un travail, un logement et considérer qu'être mère ne lui convenait pas ! Rassurée sur le sort de son fils, en bonnes mains, elle a espacé ses visites de même que les séances de psychothérapie conjointes.

S'agit-il d'un succès ou d'un échec ? Que madame B ait assumé sa maternité et, soutenu, accompagné les premières années de son enfant – ce qu'elle n'aurait pu faire toute seule – a été une expérience unique. Qu'elle ait bénéficié, en même temps que son enfant, d'un soutien nourricier qui lui a permis de s'affranchir et choisir de s'occuper d'elle même, de se préférer plus femme que mère, de rompre définitivement avec le père de son enfant est également considérable – pour elle – même si Georges n'en a pas été l'ultime bénéficiaire !

Au terme de ces expériences, se donner le temps de la maturation reste le fin mot de l'histoire.

Que disent de leur adolescence les femmes qui ont présenté un déni de grossesse

Isabelle JORDANA
Cadre de santé
AFRDG

Parmi les femmes qui, à la suite d'un déni total ou partiel, sont en relation avec l'AFRDG, cinquante ont accepté de renseigner un auto questionnaire de 110 items. Remplis à distance de l'événement (et dans parfois, plusieurs années après), ces questionnaires apportent un éclairage sur le déroulement et le vécu du déni mais aussi sur les conditions de vie de ces femmes lors de leur adolescence (milieu familial, puberté, événements survenus…). Leurs réponses à la dizaine de question qui explorent cette période de la vie sera présentée au cours de cette communication.

Le déni de grossesse chez l'adolescente et la jeune adulte vue d'un centre de planification

Dominique ROSSEL
Sage – femme conseillère conjugale, Centre départemental de planification et d'éducation familiale de la Haute-Garonne

Confrontées aux situations les plus diverses, les sages-femmes de centres de planification le sont également au déni de grossesse. A partir de l'expérience acquise, le rôle de la sage-femme dans de telles situations sera discuté.

Annexe
Programme
1er Colloque Français sur le déni de grossesse

Jeudi 23 octobre 2008, 9 h 15

Ouverture officielle

Monsieur le président de l'AFRDG

Madame la représentante du Directeur régional des Affaires sanitaires et sociales

Madame la représentante de la ville de Toulouse

Monsieur le président de l'Université Paul Sabatier

Jeudi 23 octobre 2008, 9 h 45 à 13 h

- Première table ronde –

**DENI DE GROSSESSE :
DONNEES ACTUELLES**

Président-Discutant : Dr Noé GUETARI,
Psychiatre, Castelviel

- Prof. Christoph BREZINKA, Professeur à la maternité universitaire, Directeur de l'Ecole de sages-femmes, Innsbrück :
« Données épidémiologiques »

- **Privat-Dozent Dr Jens WESSEL**, Gynécologue-obstétricien, Berlin :
« Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse »

Jeudi 23 octobre 2008, 11 h 00 - 11 h 20 : Pause café

- **Dr Marc-Alain ROZAN,** Gynécologue-obstétricien, président du SYNGOF, Paris :
« L'obstétricien et le déni »

- Dr Jaques DAYAN, Pédopsychiatre, CHU de Caen :
« Principales approches théoriques »

Débat

Jeudi 23 octobre 2008, 14 h 15 à 16 h 45

Deuxième table ronde –

DENI DE GROSSESSE : AUTOUR DE LA NAISSANCE

Président-Discutant : Professeur Michel DELCROIX,
ancien professeur de gynécologie obstétrique
(Université catholique de Lille), président national de l'APPRI

- **Mme Conchita GOMEZ**, Sage-femme, présidente de l'ANSFTF :
« Déni et naissance, le point de vue de la sage-femme »

- **Dr Benoît BAYLE,** Docteur en philosophie, pédopsychiatre, CH Chartres :
« Négations de grossesse et gestation psychique »

- **Maître Pierrette AUFIERE**, Avocat, médiateur familial, Toulouse :
« La loi du déni »

Débat

Jeudi 23 octobre 2008, 17 h à 18 h

Atelier 1

AUTOUR DES ASPECTS PSYCHIQUES BÂTIMENT EXTERIEUR - AMPHITHEÂTRE TURING

Modérateur : Dr Félix NAVARRO, AFRDG

DENI DE GROSSESSE : FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE ET TESTS PROJECTIFS

Seguin Sarah, Psychologue chercheur, Unité de recherche en psychiatrie et psychopathologie (URPP), Hôpital Erasme, Antony et Université de Paris V;
Valente Marina, Psychologue chercheur, URPP Antony et Université de Bourgogne ;
Dr Apter-Danon Gisèle, Praticien hospitalier, URPP Antony, Université Diderot Paris VII ;
Professeur Golse Bernard, Chef de service en pédopsychiatrie, Hôpital Necker, Paris et Professeur à l'Université Paris V, Institut de psychologie Henri Piéron

DÉNI DE GROSSESSE : QUAND LE PSYCHISME OCCULTE UNE PARTIE DU CORPS

Dr Lolo Berthe, Psychiatre, docteur en anthropologie psychanalytique, EPSMDA Prémontré

LE DÉNI DE GROSSESSE ET LA PART DES ANCÊTRES

Darchis Elisabeth, Psychologue clinicienne, SFTFP, Bois Colombe

Jeudi 23 octobre 2008, 17 à 18 h

Atelier 2

AUTOUR DES ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX BÂTIMENT EXTÉRIEUR - AMPHITHÉÂTRE SHANNON

Modératrice : Mme Nathalie GOMEZ, sociologue, AFRDG

DÉNI DE GROSSESSE : ENTRE CRIMINALISATION ET LÉGENDE URBAINE

Professeur Brezinka Christoph, Professeur à la maternité universitaire, directeur de l'école de sages-femmes, Innsbrück ; Danner Cornelia ; Oberleiter Monika ; Schmiedhofer Andrea ; Biebl Wilfried - Univ. Klinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universitaet Innsbruck

UNE GROSSESSE IMPOSSIBLE : RÉFLEXION DIAGNOSTIQUE AUTOUR D'UN CAS.

Dr Tronche Anne-Marie, Interne en psychiatrie **; Dr Villemeyre Plane Michèle**, Praticien hospitalier ; **Prof Llorca Pierre-Michel**, Professeur des Universités, Clermont-Ferrand

DÉNI DE GROSSESSE ET DROIT DE LA PERSONNE

Cambillau Nathalie, Enseignante en droit, Université de Toulouse-1- Sciences sociales

Jeudi 23 octobre 2008, 17 à 18 h

Atelier 3

SUIVI, PRISE EN CHARGE GRAND AUDITORIUM

Modérateur : Professeur Jaime SIERES
Prof. honoraire d'Education pour la santé, Université de Valencia

DÉNI DE GROSSESSE : EXPÉRIENCE D'UNE ÉQUIPE DE PÉDOPSYCHIATRIE DANS DEUX MATERNITÉ TOULOUSAINES

Dr Teissier Emmanuelle, Pédopsychiatre ; Dr Franchitto Ludivine, Pédopsychiatre, Hôpital Paule de Viguier, Toulouse

DU “GROS VENTRE” À L'ANNONCE D'UNE GROSSESSE À TERME

Sandra Zach, Cadre sage-femme ; Tessier Erika, Psychologue clinicienne CHI Poissy-St Germain

L'ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE COMME SOUTIEN À L'INSTAURATION DES PREMIERS LIENS MÈRE-BÉBÉ

Camon-Sénéchal Laurence, Puéricultrice ; Chmara Véronique, Assistante sociale, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital de la Pitié-Salpétrière, Unité petite enfance et parentalité

Jeudi 23 octobre 2008, 17 à 18 h

Atelier 4

AUTOUR DE L'ADOLESCENCE
SALLE DU CONSEIL (BATIMENT DU COLLOQUE, À L’ÉTAGE)

Modératrice : Dr Claude Vialas, directrice adjointe du Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de Toulouse, AFRDG.

VU DES URGENCES D'UN HÔPITAL GÉNÉRAL : LE DÉNI DE GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE

Dr Coen Abram, Médecin, Société Marcé francophone

QUE DISENT DE LEUR ADOLESCENCE LES FEMMES QUI ONT PRÉSENTÉ UN DÉNI DE GROSSESSE

Jordana Isabelle, Cadre de santé, AFRDG

LE DENI DE GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE ET LA JEUNE ADULTE VUE D'UN CENTRE DE PLANIFICATION

Rossel Dominique, Sage – femme conseillère conjugale, Centre départemental de planification et d'éducation familiale de la Haute-Garonne

Vendredi 24 octobre 2008, 9 h à 12 h 30

- Troisième table ronde –

DENI DE GROSSESSE & DECES DU NOUVEAU-NE

Président-Discutant : Dr Michel LIBERT
Pédopsychiatre, Chef de service CMP, Lille

- Maître Stéphanie GUEDO, Avocate pénaliste, Les Sables d'Olonne :
« L'appréhension du déni de grossesse par la machine judiciaire »

- Prof. Israël NISAND, Professeur de médecine, chef du département de gynécologie-obstétrique du CHU de Strasbourg, membre du Haut-conseil e la population et de la famille :
« L'expertise judiciaire obstétricale dans le déni de grossesse »

- Dr Daniel AJZENBERG, Psychiatre des hôpitaux honoraire, expert judiciaire honoraire, Lavaur
« L'expertise judiciaire psychiatrique dans le déni de grossesse »

- Mme Sophie MARINOPOULOS, Psychanalyste, Nantes :
« Enjeux psychiques du déni »

- Dr Félix NAVARRO, Médecin de santé publique, président de l'AFRDG :
« Le point de vue de l'AFRDG »

Débat

Vendredi 24 octobre 2008, 14 h à 16 h 30

- Quatrième table ronde –

DENI DE GROSSESSE : PERSPECTIVES

Président-Discutant : Dr Jean-Pierre MARC-VERGNES, Directeur de recherche à l'INSERM, Toulouse

- **Dr Jean-Pascal AGHER**, Obstétricien, CH Toulon :

« Déni de grossesse, formation et information des professionnels »

- **Maître Annie HEINTZELMANN**, Avocate pénaliste, Saverne :

« Déni de grossesse, de l'opportunité de créer une nouvelle infraction Spécifique »

- **M. Vincent MAGOS,** Psychanalyste, directeur général adjoint au Ministère de la Communauté française, Bruxelles « Les pouvoirs publics et l'inconscient »

Fin des travaux : 16 h 30

Présentation de l' Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse

www.afrdg.info
28 rue Bertrand de Born
31000 Toulouse

L'AFRDG agit

1. - En direction des femmes victimes d'un déni de grossesse et de leurs familles

- Ecoute
  Mise à plat des problèmes, soutien moral, orientation vers des prises en charge médicales, psychologiques, juridiques…
- Organisation d'échanges
  Forum interne, rencontres de femmes (groupes de parole), courriers aux femmes détenues,…
- Soutien dans les démarches
  Démarches administratives (CAF, CPAM, employeurs,...), démarches judiciaires ...

2. - En direction des professionnels

- Manifestations scientifiques
  Organisation du 1er colloque français sur le déni de grossesse, 23 et 24 octobre 2008 à Toulouse, de la 2ème

journée française sur le déni de grossesse, 10 octobre 2009, Montpellier.

- Formations
  Interventions dans des formations universitaires (DU d'éthique,...), initiales et continues (professions de santé,...)
- Rôle de consultant auprès d'avocats
  Dans des affaires pénales
- Recherche
  Enquête sur le déni de grossesse auprès de femmes concernées (en cours)

3. - En direction du grand public

- Site www.afrdg.info
  Premier site d'information grand-public sur le déni de grossesse. Textes, témoignages, forum...
- Information directe
- Conférences grands public
- Interventions dans les médias
  Dernières interventions : "@ la carte" (France 3), Femme Actuelle, Centre France, Dépêche du Midi, Dauphiné Libéré, "Zone Interdite" (M6), Côté Mômes, PH Mag, "Toute une Histoire" France 2, Closer, Public, Family, Journal de France 5, Mis Ebène (DOM-TOM), Femme actuelle, Châtelaine (Québec), Esprit Femme, Journal de LCI, journal de TF1, FR3, Journal du dimanche, Europe 1, AFP,…

CHEZ LE MEME EDITEUR

Collection Ecole & Santé

dirigée par le Dr Félix Navarro
Contact : apanep@free.fr

Les jeunes et l'alcool en Europe -

Sous la direction de Félix NAVARRO (SIMMPPS), Emmanuelle GODEAU (INSERM), Claude VIALAS (SIMMPPS) - Préface du Professeur Bernard BELLOC (UT1 – Sciences sociales)

La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire

Sous la direction de Didier JOURDAN, Professeur de Neurosciences, Réseau éducation à la santé des IUFM - Préface du Professeur Maurice TUBIANA, de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine

École et handicap

Sous la direction d'Hélène GRANDJEAN (Directrice Inserm U558) - Préface du Recteur Christian MERLIN, Inspecteur général de l'Education nationale

L'alcool, un labyrinthe pour Fred et ses amis - DVD pédagogique

Sous la direction de Félix NAVARRO (Médecin conseiller E.N.) - Préface du Docteur Didier JAYLE, Président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

L'école et la loi Evin

Sous la direction de Claude EVIN, Ancien ministre de la santé - Préface du Dr Anne-Marie DUGUET, Présidente du 16ème Congrès mondial de droit médical

Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelle formation en IUFM ?

Sous la direction de Didier JOURDAN, Professeur de Neurosciences, Réseau éducation à la santé des IUFM - Préface du Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS, Président de la Fédération nationale des Comités d'éducation pour la santé

Autonomie et apprentissages

Sous la direction de Emmanuelle Godeau et Catherine Arnaud (INSERM) - Préface de Patrick GOHET, Délégué interministériel aux Personnes handicapées.

Aux FILMS DU SUD

Collection Ecole & Santé

Tous ensemble au collège !

Film d'Isabelle Millet – Documents pédagogiques sur le handicap, Emmanuelle Godeau (INSERM), Félix NAVARRO (Médecin conseiller).

L'AFRDG remercie toutes les personnes, institutions, entreprises qui ont apporté leur concours à l'organisation de ce premier colloque et tout particulièrement :

Les interventants en plénière et en atelier

L'Université Paul Sabatier

Les laboratoires :
Pierre Fabre Médicament
Lilly
Lundbeck
PDG Système
BFM – Banque Fédérale Mutualiste

Renault
Locaway

Revue de la Sage-femme
Privat Librairie
Parfumerie Berdoues
APANEP
Ministère de la Santé DRASS
Ville de Toulouse
Conseil général de la Haute-Garonne
Conseil Régional de Midi-Pyrénées

TABLE DES MATIERES